

SO_GERICHTE VSBES.2017.303 vom 18. Februar 2019

SO Obergericht, 2019-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.303_d20190218

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.303 du 18 février 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.303 del 18 febbraio 2019

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1993 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 4. April 2016 (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2) bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf den am 11. August 2015 erlittenen Arbeitsunfall (Sturz beim Arbeiten und Mühe beim Treppensteigen, Leiter hinaufsteigen und beim Knien) zum Leistungsbezug an.

1.2 Nach dem Einholen des Arbeitgeberfragebogens vom 29. April 2016 (IV-Nr. 10) und der medizinischen Akten (IV-Nrn. 11, 17) sowie der Durchführung des Intake-Gesprächs vom 30. Mai 2016 (IV-Nr. 13), holte die Beschwerdegegnerin die Akten des Unfallversicherers B.____ (IV-Nrn. 18.1 - 18.2) ein und liess Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 13. September 2016 eine Aktennotiz erstellen (IV-Nr. 21). Am 17. Februar 2017 (IV-Nr. 23) liess die Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin um Mitteilung bitten, was in beruflicher Hinsicht weiter geplant sei, und mit Eingabe vom 6. März 2017 (IV-Nr. 26) liess sie weitere medizinische Unterlagen einreichen. Mit Abschlussbericht vom 22. März 2017 (IV-Nr. 27) hielt die Eingliederungsfachfrau D.____ fest, die Beschwerdeführerin habe von einem Temporärbüro die Zusage, bei einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses Einsätze als Malerin absolvieren zu können. Sie werde mit dem Berufsabschluss und der guten arbeitsmarktlichen Situation im Frühling in der Baubranche ohne Schwierigkeiten als Malerin den Berufseinstieg angehen können. Sie sei nicht auf IV-spezifische Unterstützung bei der Stellensuche angewiesen. Auch eine Umschulung sei nicht angezeigt.

1.3 Der RAD-Arzt Dr. med. C.____ empfahl in seiner Stellungnahme vom 7. April 2017 (IV-Nr. 29 S. 2), es sei zu klären, ob das Verfahren beim Unfallversicherer B.____ nun beendet sei resp. seien die Akten seit April 2016 einzufordern. Danach müsse wohl eine Begutachtung durchgeführt werden. Nach dem Einholen der Akten des Unfallversicherers B.____ (IV-Nrn. 30.1 - 30.49), teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 14. Juni 2017 (IV-Nr. 31) mit, zur Klärung ihrer Leistungsansprüche sei eine umfassende medizinische Untersuchung (voraussichtlich Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie) notwendig. Ohne schriftlich begründeten Gegenbericht werde eine Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bisIVV) mit der Untersuchung beauftragt. Die Beschwerdeführerin könne zum Fragenkatalog (IV-Nr. 32) Zusatzfragen stellen. Am 28. Juni 2017 (IV-Nr. 33) liess die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin u.a. mitteilen, der Zustand ihres Knies habe sich seit Frühling 2017 etwas verbessert und sie

habe daher per 1. Mai 2017 eine 100%ige Arbeitsstelle als Malerin angetreten, in welcher auf ihre Kniebeschwerden Rücksicht genommen werde. Es sei daher in Frage zu stellen, ob sich eine Begutachtung noch als notwendig erweise. Zu prüfen bleibe ein Anspruch auf eine befristete Rente im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 11. August 2015. Zudem liess die Beschwerdeführerin Ergänzungsfragen einreichen. Am 30. Juni 2017 (IV-Nr. 34) liess die Beschwerdeführerin den Arbeitsvertrag bei der Firma E.____ einreichen. Gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 2. August 2017 (IV-Nr. 36 S. 2 f.) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 7. September 2017 (IV-Nr. 37) die Abweisung ihrer Leistungsbegehren auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht. Daran hielt sie mit Verfügung vom 25. Oktober 2017 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) fest.

1.4 Am 21. November 2017 (IV-Nr. 39) liess die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mitteilen, ihr sei per 30. November 2017 gekündigt worden. Es werde um Wiedererwägung der Verfügung vom 25. Oktober 2017 und Kontaktnahme bezüglich der beruflichen Eingliederung ersucht. Mit Schreiben vom 22. November 2017 (IV-Nr. 40) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, es lägen aktuell keine Gründe vor, welche die Verfügung vom 25. Oktober 2017 als zweifellos unrichtig erscheinen und damit eine Aufhebung rechtfertigen liessen. Gemäss der Einschätzung des RAD bestehe keine relevante gesundheitliche Einschränkung.

2. Gegen die Verfügung vom 25. Oktober 2017 lässt die Beschwerdeführerin am 22. November 2017 (Eingang: 24. November 2017, A.S. 6 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Eingabe vom 22. Januar 2018 (A.S. 22) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

4. Am 13. Februar 2018 reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Roger Zenari, seine Kostennote ein (A.S. 25 ff.).

5. Der mit Eingabe vom 13. Juli 2018 (A.S. 28 f.) durch die Beschwerdeführerin gestellte Antrag, wonach die Akten aus dem Verfahren VSBES.2016.261 im vorliegenden Verfahren beizuziehen seien, wird durch den Präsidenten des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 24. Juli 2018 (A.S. 30) gutgeheissen. Die Akten aus dem Verfahren VSBES.2016.261 werden von Amtes wegen beigezogen.

6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 25. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die vollumfänglichen beruflichen Massnahmen, namentlich Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und

Umschulung, zu gewähren.

E. 3

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1 bis IVG). Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren. Das Gesetz will die Eingliederung lediglich soweit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 132 V 215 E. 4.3.1 S. 225). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung, Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

E. 4

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der

Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHJ 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.).

5. Es ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin auf eine Rente und / oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 25. Oktober 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat.

6. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

6.1 Im Rahmen der MRT des linken Kniegelenks nativ vom 4. Oktober 2012 (IV-Nr. 18.2 S. 64) hielt Dr. med. F.____, FMH Radiologie, G.____, folgenden Befund fest:

Es lägen keine vergleichbaren Voruntersuchungen zum Zeichen der Befundung vor, Ossifikationskern vor der Tuberositas tibiae mit ödematöser Auflockerung der ansatznahen Patellarsehne und begleitendem subkutanem Ödem, diskretes Markraumödem im Bereich der Tuberositas. Im Übrigen normale Signalgebung der Markräume des weiteren Knie skeletts bei kongruenten Gelenkverhältnissen und regelrechtem Befund des Gelenkknorpels. Quadrizeps-, Kollateral- und Kreuzbänder regelrecht, Normalbefund des Innen- und Aussenmeniskus. Normale Synovialflüssigkeitsmenge, kein freier Gelenkkörper, keine pathologisch verdickte Plica, keine popliteale Baker-Zyste. Im Übrigen regelrechter Befund des Weichteilmantels. Beurteilung: Aktivierte Ansatz tendinopathie der Patellarsehne bei Morbus Osgood-Schlatter.

6.2 Aufgrund der Röntgenaufnahmen der Patella axial links vom 14. August 2015 (IV-Nr. 18.2 S. 66) hielt Dr. med. H.____, FMH Radiologie, G.____, folgenden Befund fest: In der einen Tangentialaufnahme der Patella regelrechte Darstellung dieser ohne sicheren Nachweis einer frischen frakturverdächtigen Veränderung, wobei die Patella daselbst zentriert liege. Circa 5 mm grosses rundliches Ossikel in Projektion auf die Tiefe der Trochlea bei bekanntem Status nach Morbus Osgood-Schlatter.

6.3 Im Arzteugnis UVG vom 29. September 2015 (IV-Nr. 18.2 S. 85) hielt Dr. med. I.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, J.____, aufgrund der Erstbehandlung der Beschwerdeführerin vom 11. August 2015 die Diagnose «Kontusionstrauma linkes Kniegelenk» fest. Die Beschwerdeführerin gebe an, am 11. August 2015 auf der Treppe auf das Knie gestürzt zu sein. Es bestehe seit Jahren ein Morbus Osgood-Schlatter, der den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnte. Als objektive Befunde seien eine Belastungsintoleranz, ein Extensions- / Flexions-Defizit, eine Schwellung praepatellär links mit Exkoration und ein Hämatom im Wadenbereich festgestellt worden. Der Röntgenbefund zeige keine ossäre Läsion. Es werde eine Entlastung und eine Therapie mit NSAR etc. durchgeführt. Ein Orthopäde sollte den Morbus Osgood-Schlatter neu beurteilen, da eine erneute zusätzliche Reaktivierung durch das Sturzereignis stattgefunden habe. Die Beschwerdeführerin sei nicht hospitalisiert gewesen und ab dem 11. August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig.

6.4 Dr. med. K.____, Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin und Manuelle Medizin, hielt im Bericht vom 18. September 2015 (IV-Nr. 17 S. 4) die Diagnose «Verdacht auf aktivierten Morbus Osgood-Schlatter mit gereiztem Ligamentum patellae» fest. Es bestehe eine lange Leidensgeschichte mit beiden Knien. Das rechte Knie gehe im Moment sehr gut und sei schmerzfrei. Die Beschwerdeführerin habe ihre Lehre als Malerin abschliessen können, habe dies aber wegen den Knien erst im zweiten Anlauf geschafft. Jetzt habe sie seit Kurzem eine Stelle und dann anfangs August eine Kontusion des linken Beins erlitten. Seither sei sie arbeitsunfähig. Sie gehe immer noch an Stöcken, könne nicht belasten und nehme eine Thromboembolieprohylaxe mit Xarelto. Das letzte MRI Knie links sei 2012 erfolgt (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Damals habe eine leichte Entzündung am Ansatz der Patellarsehne bei Morbus Osgood-Schlatter bestanden. Befunde: Die Beschwerdeführerin könne das linke Bein nicht belasten. Sie müsse auf dem rechten Bein zur Liege hüpfen. Das Knie selber zeige keinen Erguss und sei gut beweglich. Keine ligamentäre Instabilität. Prominente Tuberositas tibiae und Morbus Osgood-Schlatter und dort auch starke Schmerzen. Fast stärker seien die Schmerzen im Bereich des Ursprungs des Ligamentum patellae im Sinne eines Jumper knees. Beurteilung / Procedere: Bei massiven Beschwerden ohne Besserung seit über einem Monat werde eine MRI veranlasst. Sollte

keine zusätzliche Pathologie herauskommen, werde eine Infiltration im Bereich des Jumper knees mit Platelet rich Plasma empfohlen. Dies seien aber Kosten, die die Beschwerdeführerin selber tragen müsse. Alternativ könnte man mit einem Needling oder mit Lidocain eine mögliche Heilung beschleunigen. Die MRI werde wieder besprochen. Die Beschwerdeführerin bleibe arbeitsunfähig.

6.5 Anlässlich der MRT des linken Kniegelenks vom 22. September 2015 (IV-Nr. 18.2 S. 62) hielt Dr. med. L.____, Facharzt Radiologie FMH, G.____, folgenden Befund fest: Zum Vergleich sei die MRT des linken Kniegelenks vom 4. Oktober 2012 gegeben (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Kein Gelenkguss, kein Knochenmarködem / Bone bruise. Kollateral- und Kreuzbänder intakt und unauffällig. Menisci lateral und medial intakt, kein Rissnachweis. Hyaliner Knorpel in beiden femorotibialen Kompartimenten regelrecht. Reizlose intraartikuläre Fettkörper, kein Hinweis auf Fettkörperimpingement. Femoropatelläres Kompartiment mit etwas abgeflachter Trochlea und leichter Jägerhutpatella. Retropatellärer Knorpel in der Dicke gut erhalten und intakt. Trochleaknorpel ebenfalls intakt. Der MR-tomographisch bestimmte TAGT betrage 15 mm. Bekannter Status nach Morbus Osgood-Schlatter, aktuell hier reizlose Verhältnisse. Leichtes, unspezifisches präpatelläres Weichteilödem, keine eigentliche Bursitis. Beurteilung: Leichte femoropatelläre Dysplasie. Keine relevante Chondropathie, insbesondere keine chondrale oder osteochondrale Abscherfraktur. Bei bekanntem Status nach Morbus Osgood Schlatter hier aktuell reizlose Verhältnisse. Insgesamt reizlose periartikuläre Sehneninsertionen.

6.6 Dr. med. K.____ führte im Bericht vom 24. September 2015 folgende Diagnosen auf (IV-Nr. 17 S. 3):

Befunde: Druckdolenz anterior über der Tuberositas tibiae und dort palpierbares Ossikel, das mobil sei. Die Schmerzen seien aber auch etwas weiter proximal.

Beurteilung / Procedere: Bei massiven Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit mit drohendem Verlust der Arbeitsstelle sei heute diagnostisch und therapeutisch Kenacort 40 mg und Lidocain ins linke Kniegelenk infiltriert worden. Zusätzlich werde nächsten Montag unter ambulanten Bedingungen das Ossikel entfernt, das an der Tuberositas tibiae schmerze. Nach der Entfernung des Ossikels sollte die Beschwerdeführerin dann nach ein- bis zwei Wochen wieder voll arbeitsfähig sein.

6.7 Dr. med. K.____, hielt im undatierten «Austrittsbericht mit integriertem Operationsbericht» (IV-Nr. 17 S. 2) aufgrund der durchgeführten Entfernung des Ossikels Tuberositas tibiae links vom 28. September 2015 folgende Diagnose fest:

Ossikel Tuberositas tibiae links nach Kontusion bei Status nach Morbus Osgood-Schlatter

Seit der Kontusion des linken Knies bestünden massive Schmerzen im Bereich des Ossikels, welches im MRI und im Röntgen sichtbar geworden sei. Da die Beschwerdeführerin seither arbeitsunfähig sei, habe Dr. med. K.____ bereits früh die Entfernung des Ossikels geplant. Procedere: Es solle nach Massgabe der Beschwerden mobilisiert werden. Die Beschwerdeführerin solle die Stöcke weglassen, sobald die Wunde trocken sei. Bis dahin sei eine Thromboembolieprohylaxe wie vorher mit Xarelto 10 mg einmal täglich durchzuführen. Bis zur möglichen Vollbelastung. Eine Fadenentfernung erübrige sich bei Intracutannaht. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen, dann sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben.

6.8 Im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2015 (IV-Nr. 11 S. 6 f.) des Kantonsspitals [...], Chirurgische Klinik, wurde aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 30. September bis 2. Oktober 2015 folgende Hauptdiagnose ausgewiesen:

1. Ossikelresektion Knie links nach Kniekontusion bei Status nach M. Osgood-Schlatter am 28. September 2015 in der Klinik [...]

- aktuell: infiziertes Hämatom

Nebendiagnose sei:

2. Adipositas

Auf der Notfallstation sei die Eröffnung und Spülung des Hämatoms erfolgt und ein mikrobiologischer Abstrich entnommen worden. Im Verlauf sei es jedoch zu keinem Wachstum von Mikroorganismen gekommen. Es sei eine i.v. Antibiose mit Co-Amoxicillin begonnen worden. Bei regredierter Phlegmone und Entzündungsparameter habe die Beschwerdeführerin am 2. Oktober 2015 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Procedere: Die antibiotische Therapie sei für insgesamt zehn Tage bis am 11. Oktober 2015 weiterzuführen. Es seien regelmässige Verbandswechsel durchzuführen und es werde um eine klinische Verlaufskontrolle Anfang der nächsten Woche gebeten.

6.9 Im Bericht vom 11. November 2015 (IV-Nr. 17 S. 5) hielt Dr. med. K.____ die Diagnose einer «Wundheilungsstörung nach Hämatombildung nach Ossikelentfernung Tuberositas tibiae links am 28. September 2015» sowie einen «Status nach Hämatomausräumung im Spital [...]» fest. Die Beschwerdeführerin sei kurz nach der Hospitalisation bei ihm notfallmässig nach [...] gekommen, wo man einen Infekt vermutet habe. Bei der Hämatomausräumung habe man Proben genommen und kein Wachstum gefunden. Trotzdem stehe in der Diagnose «infiziertes Hämatom», was Dr. med. K.____ nicht ganz verstehe. Die Beschwerdeführerin habe die Thromboembolieprophylaxe sistiert und nehme keine Antibiotika mehr. Befunde: Im proximalen Anteil der Wunde gebe es noch eine offene Stelle. Er könne keine Flüssigkeit oder Eiter exprimieren. Es bestehe eine starke Druckdolenz. Das Knie sei sehr gut beweglich. Beurteilung / Procedere: Er gebe einen Spezialverband für Wundheilungsstörungen mit (Polymem). Die Beschwerdeführerin brauche weiter Xarelto 10 mg 1 x täglich, solange sie die Stöcke brauche. Die nächste Wundkontrolle finde in zwei Wochen statt. Dann werde auch eine Röntgenkontrolle durchgeführt. Sollte die Wundheilungsstörung persistieren, müsste man allenfalls nochmals revidieren und wiederum Proben nehmen.

6.10 Im Bericht vom 4. Dezember 2015 (IV-Nr. 17 S. 1) hielten Dres. med. K.____ und M.____ folgende Diagnosen fest:

Röntgen Knie links ap, seitlich sowie Patella axial: Sehr schöne Ossikelentfernung an der Tuberositas tibiae links. Es zeige sich jedoch im Ansatzbereich noch eine diffuse Auftreibung des Ligamentum patellae. Schön zentrierte Patella. Ansonsten unauffällige Gelenkstruktur femoro-tibial. Beurteilung / Procedere: Mit dem Polymem Spezialverband sei es zu einer schönen Wundheilung gekommen. Die Restbeschwerden seien vereinbar mit entzündlichen Veränderungen im Bereich des Patellarsehnenansatzes an der Tuberositas tibiae nach Hämatomausräumung und Ossikelentfernung. Es werde empfohlen, die begonnene Therapie konsequent und intensiv fortzuführen. Dabei sollte eine möglichst rasche Stockentwöhnung erreicht werden. Dosierter Belastungsaufbau. Bis zur erreichten Vollbelastung bleibe die Beschwerdeführerin als Malerin weiterhin arbeitsunfähig. Dies

werde sicherlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Es sei davon auszugehen, dass ein Arbeitsversuch allenfalls zu 50 % ab dem 4. Januar 2016 versucht werden könne. Weitere Verlaufskontrollen seien vorerst nicht vorgesehen, könnten bei anhaltenden Problemen nach vorgängiger Durchführung einer MRI zur Beurteilung des Patellarsehnenansatzes aber nochmals stattfinden.

6.11 Dres. med. K.____ und M.____ führten im Bericht vom 18. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 4 f.) aufgrund der Sprechstunde vom 15. April 2016 folgende Diagnosen auf:

Anamnese: Es erfolge die nochmalige Zuweisung bei erneuter lokaler Schmerzproblematik im Bereich der Tuberositas tibiae mit ziehenden Schmerzen und Druckbeschwerden. Dies trotz weiteren regelmässigen physiotherapeutischen Massnahmen und dosiertem Kraftaufbau. Aktuell wieder Stockmobilisation aufgrund der Beschwerden. Auf ebenen Strecken sei das Gehen fast problemlos möglich, das Treppensteigen funktioniere kaum. Es bestehe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit als Malerin. Beurteilung / Procedere: Es sei von einer Schmerzchronifizierungsproblematik bei klinisch unauffälligem Patellarsehnenansatz in die Tuberositas tibiae auszugehen. Zur genauen Abklärung sei eine MRI veranlasst worden. Sollte sich diese als unauffällig erweisen, würde dies für eine Verdachtsdiagnose sprechen.

6.12 Die MRT des linken Kniegelenks vom 19. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 3) beurteilte Dr. med. N.____, FMH Radiologie, G.____, wie folgt: Allenfalls geringgradiger Reizzustand / postoperatives Residuum am inferioren tibialen Ansatz der Patellasehne an der Tuberositas tibiae ohne Diskontinuität der Sehnenfasern. Keine nennenswerte entzündliche Umgebungsreaktion, kein Abszess. Keine Pathologie der Binnenstruktur des Kniegelenks.

6.13 Dres. med. K.____ und M.____ bestätigten in ihrem Bericht vom 27. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 2) die bereits im Bericht vom 18. April 2016 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Beurteilung / Procedere: Wie bereits im Bericht vom 18. April 2016 vermutet, handle es sich hier wahrscheinlich um eine Schmerzchronifizierungsproblematik im Patellarsehnenansatzbereich an der Tuberositas tibiae nach mehreren Voroperationen. Allenfalls sei ein Nervenentrapment vorhanden. Als erste schmerztherapeutische Massnahme werde daher eine Desensibilisierung der Haut im Narbenbereich durch die Ergotherapie vorgesehen, eine erste Verordnung sei ausgestellt worden. Sollten die Beschwerden andauern, sei sicher eine Therapieübernahme durch eine Schmerzlinik z.B. in [...] sinnvoll. Eine IV-Anmeldung mache zwecks beruflicher Massnahmen auf jeden Fall Sinn.

6.14 Dres. med. K.____ und M.____ hielten aufgrund des Schreibens des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 2. Juni 2016 im Bericht vom 20. Juni 2016 (IV-Nr. 26 S. 5 f.) fest, in der ersten Untersuchung von Dr. med. K.____ vom 17. September 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) habe sich eine prominente Tuberositas tibiae bei Morbus Osgood-Schlatter und dort auch eine starke Druckdolenz, jedoch fast eine stärkere Druckdolenz im Bereich des Ursprungs des Ligamentum patellae im Sinne eines Jumper-Knees, gezeigt. Zudem habe eine Belastungsunfähigkeit des linken Beines bestanden. Es sei die Diagnose einer Aktivierung des Morbus Osgood-Schlatter durch das Kontusionstrauma mit zusätzlich gereiztem Ligamentum patellae links gestellt worden. Der Morbus Osgood-Schlatter sei sicherlich vorbestehend gewesen, jedoch durch den Unfall vom 11. August 2015 massgebend verschlimmert worden. Auch die Reizung des Ligamentum patellae Ursprungs

könne als Sturzfolge aufgrund von Überlastung durch schmerzbedingte muskuläre Fehlbelastung des Streckapparates erklärt werden. Somit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer zumindest teilweisen Folge des Unfalls vom 11. August 2015 vor allem für die Aktivierung des Morbus Osgood-Schlatter und die Reizung des Ligamentum patellae Ursprungs links ausgegangen werden. Der Morbus Osgood-Schlatter sei dokumentiert vorbestehend auf beiden Seiten, rechts sei die Beschwerdeführerin jedoch annähernd beschwerdefrei. Wie bereits erwähnt, habe der Unfall vom 11. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer massgebenden Verschlimmerung und Schmerzexazerbation des vorbestehenden Morbus Osgood-Schlatter geführt. Mit vorbestehendem Morbus Osgood-Schlatter an beiden Knien habe die Beschwerdeführerin eine Malerlehre absolvieren können, auch wenn erst im zweiten Anlauf. Somit sei davon auszugehen, dass diese unfallfremde Ursache auch ohne Unfallereignis die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin allenfalls leicht beeinträchtigt hätte, aber sicherlich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und schon gar nicht in gleichem Umfang. Im Moment sei leider ein schlechter Verlauf gegeben, so dass nicht vorausgesagt werden könne, wann der Status quo sine bzw. ante erreicht werde. Aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik im Bereich der Tuberositas tibiae bei Status nach Ossikelentfernung in diesem Bereich mit postoperativer Hämatomausräumung und Wundheilungsstörung bei durch ein Trauma aktiviertem Morbus Osgood-Schlatter und einer Reizung des Ligamentum patellae am Ursprung werde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrem bisherigen Beruf als Malerin in einem 100%-Pensum als nicht gegeben erachtet.

6.15 Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, J.____, hielt aufgrund der Akten-Einträge und der Konsultationen vom 22. und 29. Juni 2016 in seiner Sprechstunde im Bericht vom 6. Juni (recte: wohl Juli) 2016 (IV-Nr. 26 S. 7 f.) betreffend die Fragen des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 2. Juni 2016 folgende Diagnose fest: «Chronifizierte Schmerzsymptomatik im Bereich der Tuberositas tibiae links bei Status nach Ossikelentfernung an der Tuberositas tibiae vom 28. September 2015». In Bezug auf die Befunde verwies er auf den ausführlichen Bericht von Dr. med. K.____ vom 27. April 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Die aktuellen Schmerzen könnten direkt in Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. August 2015 und den Folgeoperationen gesehen werden. Es bestehe eine eindeutige Kausalität zwischen dem Unfall und dem Beginn der Beschwerden. Der vorbestehende, bekannte Morbus Osgood-Schlatter am Knie links könne im verzögerten Heilungsverlauf eventuell eine Rolle spielen. Hierzu solle Dr. med. K.____ direkt angefragt werden. Es bestünden keine unfallfremden Ursachen. Der Status quo sine bzw. ante sei noch nicht erreicht. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % als Malerin.

6.16 Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 13. September 2016 (IV-Nr. 21) fest, aufgrund der nun vorhandenen medizinischen Unterlagen bestünden keine die Beschwerden erklärenden organischen Einschränkungen im Bereich der Kniegelenke. Somit könne streng genommen auch keine Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils formuliert werden. Nichts desto trotz sei es sinnvoll, mit beruflichen Massnahmen auf das Gesuch der Beschwerdeführerin einzutreten, da: 1. eine Arbeitsunfähigkeit von inzwischen über einem Jahr bestehe (und damit auch ein Anspruch auf das «IV-Verfahren»), und 2. die Beschwerdeführerin noch sehr jung sei und bisher ausser der Berufslehre keine Berufserfahrung habe.

6.17 Im Bericht vom 22. September 2016 (IV-Nr. 26 S. 9) hielt Dr. med. K.____ fest, dass bereits vor dem Trauma vorhandene Ossikel an der Tuberositas tibiae, verursacht durch den Morbus Osgood-Schlatter in der Jugend, sei vorbestehend und stehe relativ prominent anterior an der Tibia vor und sei häufig nach Abklingen des Morbus Osgood-Schlatter beim Erwachsenen beschwerdefrei. So sei es auch bei dieser Beschwerdeführerin gewesen. Erst durch die Kontusion habe sie Schmerzen bekommen. Dies sei durch die Lokalisation dieses Ossikels häufig ein Problem, da erst durch direkte Kontusion Schmerzen entstünden, wo vorher keine gewesen seien. Einzige Behandlung sei dann die Entfernung des Ossikels ohne weitere Massnahmen. Dies schliesse an sich nicht aus, dass dies erst wegen einem Trauma habe entfernt werden müssen. Für ihn sei das Argument, dass die Entfernung dieses Ossikels, das bereits 2012 bildgebend dokumentiert sei, der Beweis, dass dies unfallfremde Probleme seien, nicht ganz schlüssig. Es stimme allerdings, dass in der MRI weder ein Knochenmarksödem noch ein Bone bruise sichtbar seien. Da dieses Ossikel aber im Ligamentum patellae liege und beim täglichen Durchbewegen beansprucht werde, könne man sich gut vorstellen, dass ein vorher reizloser Zustand durch ein Trauma plötzlich Probleme verursache, ohne dass eine Fraktur oder ein Bone bruise sichtbar seien. Dr. med. K.____ streite somit nicht ab, dass dieses Ossikel vorbestehend gewesen sei, das sei tatsächlich so, aber Probleme seien erst mit dem Trauma aufgetreten. Dies sei natürlich durch dieses Ossikel etwas bedingt, aber es gebe genügend Beispiele von erwachsenen Personen, die mit diesem Ossikel beschwerdefrei herumliefen, ohne dass irgendwelche Probleme aufträten. Hingegen könnten nach einem Trauma häufig Probleme auftreten.

6.18 Dr. med. C.____, RAD, empfahl in seiner Stellungnahme vom 7. April 2017 (IV-Nr. 29 S. 2), es sei zu klären, ob das unfallversicherungsrechtliche Verfahren nun beendet sei bzw. seien die Akten des Unfallversicherers B.____ seit April 2016 einzufordern. Danach müsse wohl eine Begutachtung durchgeführt werden.

6.19 In der Stellungnahme vom 2. August 2017 (IV-Nr. 36 S. 2 f.) hielt Dr. med. C.____, RAD, fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine Situation bestanden, in welcher ein Rentenanspruch hätte entstehen können. Erstens handle es sich um eine Knieproblematik, die rein subjektiv sei und durch keine Befunde habe erklärt werden können. Trotzdem habe man sich zur Unterstützung der Beschwerdeführerin in beruflicher Hinsicht entschieden, dies jedoch aufgrund des noch jungen Alters und der fehlenden Berufserfahrung, was jedoch nicht mit der «Anerkennung» einer Arbeitsunfähigkeit aus sozialversicherungsmässiger Sicht gleichgestellt werden sollte, sondern es sei dem Fakt Rechnung getragen worden, dass bereits eine länger dauernde Krankschreibung bestanden habe. Zweitens wäre auch im Fall einer organischen Knieproblematik erfahrungsgemäss jederzeit von einer vollen Zumutbarkeit für eine angepasste Tätigkeit ausgegangen worden. Eine weitere klinisch relevante Einschränkung z.B. aus psychischer Sicht habe nicht bestanden resp. bestehe ebenfalls nicht. Dementsprechend könne auf eine Begutachtung verzichtet werden. Eine rückwirkend länger dauernde Einschränkung der Zumutbarkeit könne nicht formuliert werden. Die Begutachtung sei aufgrund der subjektiven Arbeitsunfähigkeit angedacht gewesen, was inzwischen durch die Realität (Stellenfindung) von der Beschwerdeführerin selber widerlegt worden sei.

6.20 Im Rahmen des unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahrens VSBES.2016.261 holte das Versicherungsgericht bei Dr. med. P.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ein

orthopädisches Gerichtsgutachten ein, das am 14. April 2018 (A.S. 77 ff., Eingang: 9. Mai 2018) erstattet wurde. Darin wurden folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (VSBES.2016.261, A.S. 91):

Chronisches infrapatelläres Schmerzsyndrom links mit / bei:

–Status nach Morbus Osgood-Schlatter mit kleinem freiem Ossifikationskern in der distalen Patellarsehne (ICD-10 M92.5)

–Status nach massiver Direktkontusion der distalen Patellarsehne 11. August 2015 (ICD-10 S80.0)

–Status nach Knochenkernentfernung der distalen Patellarsehne links 28. September 2015

–Status nach postoperativem Wundinfekt bei infiziertem Hämatom

–Status nach Wundrevision 30. September 2015

–Schmerzhafte Narbenbildung der Operationswunde mit chronischer Dauerschmerzhaftigkeit im ehemaligen Wundgebiet

Als Diagnose ohne Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit wurde ein «Status nach Morbus Osgood-Schlatter rechts (asymptomatisch)» diagnostiziert.

Aufgrund der anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunde werde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Malerin auf 50 % geschätzt. Dabei sei der Beschwerdeführerin eine vollschichtige Anwesenheit am Arbeitsplatz zumutbar mit Einschränkung des Rendements von 50 % unter Berücksichtigung des nachfolgend angegebenen Arbeitsprofils. In einer Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin für eine vollschichtige Arbeit 100 % arbeitsfähig unter Berücksichtigung des folgenden Arbeitsprofils: Wechselbelastete Tätigkeiten mit Abwechslung zwischen Sitzen und Stehen und zeitweiligem Herumgehen; Vermeiden von Tragen von Lasten über 10 kg; Vermeiden von Arbeiten in kniender oder kauender Stellung; Vermeiden von Treppensteigen insbesondere mit gleichzeitigem Tragen von Lasten; Vermeiden von Arbeiten mit Gehen in unebenem Gelände; Vermeiden von Besteigen von Leitern und Gerüsten (A.S. 94).

Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 11. August 2015 bis zur letzten dokumentierten medizinischen Kontrolle vom 11. November 2015 sei sowohl für den angestammten Beruf wie auch für eine Verweistätigkeit ausgewiesen. Für die Arbeitsunfähigkeit ab dem 12. November 2015 bis zum 31. März 2017 (100 %) sowie vom 1. April 2017 bis zum 30. April 2017 (50 %) liege lediglich eine Bestätigung im Arztbericht vom 20. Juni 2016 (Dr. med. K.____) vor, wonach die Beschwerdeführerin als Malerin 100 % arbeitsunfähig sei ohne Angaben über die Zeitdauer der weiteren Arbeitsunfähigkeit. Für den weiteren Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. Juni 2016 liege keine medizinische Dokumentation vor, weder eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit noch ärztliche Verlaufsberichte. Es sei deshalb nicht möglich, diese Frage konklusiv zu beantworten. Der Gesundheitszustand habe seit dem 11. August 2015 einen kontinuierlichen und nicht wechselnden Verlauf aufgezeigt.

Durch die zurzeit durchgeführte medikamentöse Behandlung mit Schmerzmedikation bei Bedarf könne das aktuelle Zustandsbild gehalten werden. Zurzeit bestünden keine weiteren Therapie-Optionen, mit welchen der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin namhaft verbessert werden könne. Insbesondere sei von operativen Massnahmen keine

Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Von weiteren Therapiemassnahmen sei kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Es sei allenfalls eine Umschulung auf eine Tätigkeit angezeigt, welche dem Anforderungsprofil der Beschwerdeführerin entspreche (A.S. 97).

7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob dem orthopädischen Gerichtsgutachten von Dr. med. P.____ vom 14. April 2018 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) Beweiswert zukommt:

7.1 Das durch Dr. med. P.____ verfasste orthopädische Gutachten vom 14. April 2018 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem die Beschwerdeführerin am 7. März 2018 einer klinischen Untersuchung unterzogen wurde (VSBES.2016.261, A.S. 78, 89 ff.), in deren Rahmen die Wirbelsäule untersucht und der Gelenkstatus der oberen und unteren Extremitäten sowie der Neurostatus erhoben wurden. Der Gutachter verzichtete im Weiteren bewusst auf die Durchführung einer internistischen Untersuchung, da die Beschwerdeführerin sich, abgesehen von den Kniebeschwerden, als vollständig gesund erkläre und die Begutachtung ausschliesslich eine orthopädisch-traumatologische Fragestellung beinhalte (VSBES.2016.261, A.S. 89). Indem die Beschwerdeführerin Angaben zur Familien-, Sozial- und Berufsanamnese sowie zur persönlichen Anamnese machte und über ihr jetziges Leiden bzw. ihre Klagen und die aktuelle Behinderung Auskunft gab (VSBES.2016.261, A.S. 86 ff.), wurden auch die von ihr geklagten subjektiven Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen. Durch das Aufführen sowohl der «medizinischen Unterlagen» (VSBES.2016.261, A.S. 79 ff.) als auch der «Beschlüsse und Verfügungen von Versicherungen und Gerichten» (VSBES.2016.261, A.S. 84) unter dem Titel «Vorgeschichte» und den durchgeführten «bildgebenden Verfahren» (VSBES.2016.261, A.S. 91) kann beim Gutachter zudem von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden. Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So vermag aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin (VSBES.2016.261, A.S. 87), wonach bei ihr circa ab dem 10. Altersjahr an beiden Kniegelenken belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Kniescheibensehne aufgetreten und kurz nach Abschluss des Wachstums wieder verschwunden seien, die Darlegung des Gutachters einzuleuchten, dass die Beschwerdeführerin während des pubertären Wachstumsschubes an einem Morbus Osgood-Schlatter beidseits im Bereich des Ansatzes der Kniescheibensehne am Schienbeinkopf gelitten habe (VSBES.2016.261, A.S. 92). Auch die weitere gutachterliche Darlegung, wonach die Beschwerdeführerin nach dem Wachstumsschub an beiden Kniegelenken wieder beschwerdefrei gewesen sei (VSBES.2016.261, A.S. 92 Mitte), lässt sich aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin verifizieren, wonach sie rechts am Kniegelenk weiterhin vollständig und bis zum Ereignis vom 11. August 2015 auch von Seiten des linken Kniegelenkes beschwerdefrei gewesen sei (VSBES.2016.261, A.S. 97). Diese Beurteilung stimmt sodann auch mit den ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten überein. So hielt bspw. Dr. med. K.____ in seinem Bericht vom 18. September 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) fest, es bestehe eine lange Leidensgeschichte mit beiden Knien, wobei das rechte Knie im Moment sehr gut gehe und schmerzfrei sei. Die Beschwerdeführerin habe ihre Lehre als Malerin abschliessen können, was sie jedoch wegen der Knie erst im zweiten Anlauf geschafft habe. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte vermag auch die weitere gutachterliche Feststellung zu überzeugen,

wonach die ärztliche Behandlung des Morbus Osgood-Schlatter in den Akten, abgesehen vom MRI-Bericht vom 4. Oktober 2012, nicht dokumentiert sei (VSBES.2016.261, A.S. 92). So findet sich in den vorliegenden Akten kein vor dem MRI-Bericht vom 4. Oktober 2012 ■ und somit während des pubertären Wachstumsschubes der Beschwerdeführerin ■ verfasster Arztbericht. Daher ist auch die Beurteilung des Gutachters schlüssig, wonach bei der Beschwerdeführerin ein Vorzustand an beiden Kniegelenken bestehe und die Beschwerdeführerin bis zum Ereignis vom 11. August 2015 diesbezüglich und insbesondere bezüglich des linken Knies beschwerdefrei gewesen sei und den kniebelastenden Beruf als Malerin vollständig beschwerdefrei habe ausüben können. In diesem Zusammenhang überzeugt ferner die daraus gezogene gutachterliche Schlussfolgerung, wonach bis zum Ereignis vom 11. August 2015 keine Restbeschwerden des M. Osgood-Schlatter vorhanden gewesen seien. Indem der orthopädische Gutachter davon ausging, dass sich die Beschwerdeführerin am 11. August 2015 an der Kante der Treppenstufe eine Direktkontusion der Tuberositas tibiae links zugezogen habe (VSBES.2016.261, A.S. 92), erscheint seine Einschätzung einer «massiven» Quetschung im Bereich der Tuberositas tibiae mit Hämatombildung und ärztlich festgehaltenem Schmerzbild mit ausgeprägter Funktionseinschränkung plausibel. Dies auch unter Einbezug der zeitnah zum Unfallereignis verfassten medizinischen Berichte. So wurde im Rahmen der nach dem Unfallereignis erstmaligen klinischen Untersuchung des linken Knies durch Dr. med. I. ___ am 29. September 2016 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) eine Belastungsintoleranz, ein Extensions- / Flexions-Defizit, eine praepatelläre Schwellung links mit Exkoriation und ein Hämatom im Wadenbereich festgestellt. Der Gutachter setzte sich im Weiteren auch mit der medizinischen Literatur zum Morbus Osgood-Schlatter eingehend auseinander (VSBES.2016.261, A.S. 92 oben). In diesem Zusammenhang hielt er fest, dass sich klinisch eine Druckdolenz bei Palpation der Tuberositas tibiae finde, manchmal auch eine teigige Schwellung im Bereich der Tuberositas tibiae beobachtet werde, das seitliche Röntgenbild in den meisten Fällen unspezifisch sei und manchmal eine Fragmentation der Tuberositas tibiae beobachtet werde (VSBES.2016.261, A.S. 92 Mitte). Vor diesem Hintergrund erscheinen die Einschätzungen des Gutachters, das Ereignis vom 11. August 2015 habe eine Reaktivierung des vorbestehenden, zum Zeitpunkt des Ereignisses beschwerdefreien M. Osgood-Schlatter verursacht, der operative Eingriff vom 28. September 2015 habe der Behandlung dieser Reaktivierung des Vorzustandes gedient und auch die in der Folge dieses Eingriffs aufgetretenen Komplikationen (infiziertes Hämatom mit lange andauernder Wundheilungsstörung) seien Folgen des Unfallereignisses (VSBES.2016.261, A.S. 93 f.), plausibel. Dr. med. P. ___ stützte sich dabei auch auf die bei der klinischen Untersuchung des linken Knies im Rahmen des Gutachtens vom 7. März 2018 erhobenen Befunde (VSBES.2016.261, A.S. 90). So sei die Operationsnarbe knapp oberhalb der Tuberositas tibiae von 1,5 cm Länge und einem Durchmesser von knapp 1 cm äusserst stark druckdolent. Lateral der Narbe bestehe eine leichte Hyposensibilität (circa Zweifrankenstückgrösse) und medial der Narbe eine deutliche Druckdolenz, etwas geringgradige Druckdolenz auch lateral der Narbe. Die Tuberositas tibiae sei leicht unregelmässig begrenzt, vorgewölbt und druckdolent, ebenso bestehe eine Druckdolenz der distalen 2 cm der Patellarsehne ausserhalb der Operationsnarbe. Mit Blick auf diese Befunde, die rund zweieinhalb Jahre nach dem Ereignis vom 11. August 2015 erhoben wurden, ist auch die weitere gutachterliche Beurteilung nachvollziehbar, wonach das Ereignis vom 11. August 2015 zu einer dauernden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe, indem durch den Unfall das vorbestehende Leiden in seinem zeitlichen

Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium versetzt worden sei (VSBES.2016.261, A.S. 94). Da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung auch weiterhin u.a. über belastungsabhängige Schmerzen am linken Kniegelenk im Bereich der Operationsnarbe unterhalb der Kniescheibe berichtete (VSBES.2016.261, A.S. 88 Mitte), vermag einzuleuchten, dass der Gutachter dafürhielt, dass nach dem durchgeführten Eingriff der Status quo ante nicht mehr erreicht werden könne und ein dauernder Defektzustand mit einer verbleibenden Verschlimmerung des Vorzustandes bestehe (VSBES.2016.261, A.S. 94).

Damit kann dem orthopädischen Gutachten von Dr. med. P. ___ vom 14. April 2018 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

9. Die Beschwerdeführerin macht auch und in erster Linie einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen geltend. Diesbezüglich ist jedoch ebenfalls festzustellen, dass es ihr gelang, eine Anstellung zu finden, welche sie am 1. Mai 2017 antreten konnte und bei der ein Bruttolohn von CHF 60'970.00 pro Jahr (plus allfälliger Bonus) vereinbart wurde (vgl. IV-Nr. 34), also deutlich mehr als der Jahresverdienst von CHF 52'585.00, den die Beschwerdeführerin im Jahr 2016 ohne Behinderung beim früheren Arbeitgeber im Gesundheitsfall erzielt hätte (vgl. IV-Nr. 10). Bei einem Jahresverdienst von CHF 60'790.00 im Alter von 24 Jahren konnte mit Blick auf die zu erwartende Lohnentwicklung (vgl. LSE 2014, Tabelle T17) davon ausgegangen werden, die Beschwerdeführerin werde mittel- und längerfristig einen Verdienst im Bereich des parallelisierten Valideneinkommens (vgl. E. II. 8.3.2 hiervor) erreichen und sei hinreichend eingegliedert. Diese Anstellungs- und Verdienstsituation blieb bis zum Erlass der Verfügung vom 25. Oktober 2017, welche den Gegenstand der gerichtlichen Prüfung in zeitlicher Hinsicht begrenzt (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220), unverändert. Die Beschwerdegegnerin hatte bis zu diesem Zeitpunkt keinen Anlass mehr, berufliche Massnahmen zu prüfen, da von einer gelungenen Eingliederung auszugehen war. Die Frage, ob sich diese Situation mit der Kündigung der Anstellung, welche kurz nach dem Erlass der Verfügung erfolgte und der Beschwerdegegnerin am 21. November 2017 mitgeteilt wurde (IV-Nr. 39), grundlegend geändert hat, ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu beurteilen. Dieser Umstand wäre mittels Neuanmeldung geltend zu machen, wobei vorliegend nicht zu prüfen ist, ob das Schreiben vom 21. November 2017 eine solche enthält. Die Beschwerdegegnerin hat somit auch einen Anspruch auf berufliche Massnahmen zu Recht verneint und die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen. Vor diesem Hintergrund kann offenbleiben, ob die invaliditätsmässigen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen erfüllt wären, insbesondere ob bei der Bemessung der für den Umschulungsanspruch vorausgesetzten Verdiensteinbusse in der Grössenordnung von ungefähr 20 % (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110 f., 130 V 488; angesichts des sehr jungen Lebensalters der Beschwerdeführerin würde ein Invaliditätsgrad von 18 % wohl ausreichen) die Grundsätze zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen, welche primär zur Beurteilung des Rentenanspruchs entwickelt wurden, ebenfalls gelten.

10. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis

nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Auf das Einholen eines ■ wie vom Beschwerdeführerin beantragt (vgl. E. I. 2 Ziff. 4 hiervor) ■ polydisziplinären Obergutachtens (internistisch, orthopädisch, psychiatrisch) kann verzichtet werden, da von einem solchen keine weiterführenden Angaben zu erwarten sind.

12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Eingabe vom 22. Januar 2018 (A.S. 22) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 4. Am 13. Februar 2018 reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Roger Zenari, seine Kostennote ein (A.S. 25 ff.). 5. Der mit Eingabe vom 13. Juli 2018 (A.S. 28 f.) durch die Beschwerdeführerin gestellte Antrag, wonach die Akten aus dem Verfahren VSBES.2016.261 im vorliegenden Verfahren beizuziehen seien, wird durch den Präsidenten des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 24. Juli 2018 (A.S. 30) gutgeheissen. Die Akten aus dem Verfahren VSBES.2016.261 werden von Amtes wegen beigezogen. 6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 25. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 3. 3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch

zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1 bis IVG). Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren. Das Gesetz will die Eingliederung lediglich soweit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 132 V 215 E. 4.3.1 S. 225). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung, Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

4. 4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011

vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.).

5. Es ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin auf eine Rente und / oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 25. Oktober 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat.

6. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

6.1 Im Rahmen der MRT des linken Kniegelenks nativ vom 4. Oktober 2012 (IV-Nr. 18.2 S. 64) hielt Dr. med. F.____, FMH Radiologie, G.____, folgenden Befund fest: Es lägen keine vergleichbaren Voruntersuchungen zum Zeichen der Befundung vor, Ossifikationskern vor der Tuberositas tibiae mit ödematöser Auflockerung der ansatznahen Patellarsehne und begleitendem subkutanem Ödem, diskretes Markraumödem im Bereich der Tuberositas. Im Übrigen normale Signalgebung der Markräume des weiteren Knieskeletts bei kongruenten Gelenkverhältnissen und regelrechtem Befund des Gelenkknorpels. Quadrizeps-, Kollateral- und Kreuzbänder regelrecht, Normalbefund des Innen- und Aussenmeniskus. Normale Synovialflüssigkeitsmenge, kein freier Gelenkkörper, keine pathologisch verdickte Plica, keine popliteale Baker-Zyste. Im Übrigen regelrechter Befund des Weichteilmantels.

Beurteilung: Aktivierte Ansatzentzündung der Patellarsehne bei Morbus Osgood-Schlatter.

6.2 Aufgrund der Röntgenaufnahmen der Patella axial links vom 14. August 2015 (IV-Nr. 18.2 S. 66) hielt Dr. med. H.____, FMH Radiologie, G.____, folgenden Befund fest: In der einen Tangentialaufnahme der Patella regelrechte Darstellung dieser ohne sicheren Nachweis einer frischen frakturverdächtigen Veränderung, wobei die

Patella daselbst zentriert liege. Circa 5 mm grosses rundliches Ossikel in Projektion auf die Tiefe der Trochlea bei bekanntem Status nach Morbus Osgood-Schlatter. 6.3 Im Arztzeugnis UVG vom 29. September 2015 (IV-Nr. 18.2 S. 85) hielt Dr. med. I.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, J.____, aufgrund der Erstbehandlung der Beschwerdeführerin vom 11. August 2015 die Diagnose «Kontusionstrauma linkes Kniegelenk» fest. Die Beschwerdeführerin gebe an, am 11. August 2015 auf der Treppe auf das Knie gestürzt zu sein. Es bestehe seit Jahren ein Morbus Osgood-Schlatter, der den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnte. Als objektive Befunde seien eine Belastungsintoleranz, ein Extensions- / Flexions-Defizit, eine Schwellung praepatellär links mit Exkoration und ein Hämatom im Wadenbereich festgestellt worden. Der Röntgenbefund zeige keine ossäre Läsion. Es werde eine Entlastung und eine Therapie mit NSAR etc. durchgeführt. Ein Orthopäde sollte den Morbus Osgood-Schlatter neu beurteilen, da eine erneute zusätzliche Reaktivierung durch das Sturzereignis stattgefunden habe. Die Beschwerdeführerin sei nicht hospitalisiert gewesen und ab dem 11. August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. 6.4 Dr. med. K.____, Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin und Manuelle Medizin, hielt im Bericht vom 18. September 2015 (IV-Nr. 17 S. 4) die Diagnose «Verdacht auf aktivierten Morbus Osgood-Schlatter mit gereiztem Ligamentum patellae» fest. Es bestehe eine lange Leidensgeschichte mit beiden Knien. Das rechte Knie gehe im Moment sehr gut und sei schmerzfrei. Die Beschwerdeführerin habe ihre Lehre als Malerin abschliessen können, habe dies aber wegen den Knien erst im zweiten Anlauf geschafft. Jetzt habe sie seit Kurzem eine Stelle und dann anfangs August eine Kontusion des linken Beins erlitten. Seither sei sie arbeitsunfähig. Sie gehe immer noch an Stöcken, könne nicht belasten und nehme eine Thromboembolieprohylaxe mit Xarelto. Das letzte MRI Knie links sei 2012 erfolgt (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Damals habe eine leichte Entzündung am Ansatz der Patellarsehne bei Morbus Osgood-Schlatter bestanden. Befunde: Die Beschwerdeführerin könne das linke Bein nicht belasten. Sie müsse auf dem rechten Bein zur Liege hüpfen. Das Knie selber zeige keinen Erguss und sei gut beweglich. Keine ligamentäre Instabilität. Prominente Tuberositas tibiae und Morbus Osgood-Schlatter und dort auch starke Schmerzen. Fast stärker seien die Schmerzen im Bereich des Ursprungs des Ligamentum patellae im Sinne eines Jumper knees. Beurteilung / Procedere: Bei massiven Beschwerden ohne Besserung seit über einem Monat werde eine MRI veranlasst. Sollte keine zusätzliche Pathologie herauskommen, werde eine Infiltration im Bereich des Jumper knees mit Platelet rich Plasma empfohlen. Dies seien aber Kosten, die die Beschwerdeführerin selber tragen müsse. Alternativ könnte man mit einem Needling oder mit Lidocain eine mögliche Heilung beschleunigen. Die MRI werde wieder besprochen. Die Beschwerdeführerin bleibe arbeitsunfähig. 6.5 Anlässlich der MRT des linken Kniegelenks vom 22. September 2015 (IV-Nr. 18.2 S. 62) hielt Dr. med. L.____, Facharzt Radiologie FMH, G.____, folgenden Befund fest: Zum Vergleich sei die MRT des linken Kniegelenks vom 4. Oktober 2012 gegeben (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Kein Gelenkerguss, kein Knochenmarködem / Bone bruise. Kollateral- und Kreuzbänder intakt und unauffällig. Menisci lateral und medial intakt, kein Rissnachweis. Hyaliner Knorpel in beiden femorotibialen Kompartimenten regelrecht. Reizlose intraartikuläre Fettkörper, kein Hinweis auf Fettkörperimpingement. Femoropatelläres Kompartiment mit etwas abgeflachter Trochlea und leichter Jägerhutpatella. Retropatellärer Knorpel in der Dicke gut erhalten und intakt. Trochleaknorpel ebenfalls intakt. Der MR-tomographisch bestimmte TAGT betrage 15 mm. Bekannter Status nach Morbus Osgood-Schlatter, aktuell hier reizlose Verhältnisse. Leichtes, unspezifisches präpatelläres Weichteilödem, keine

eigentliche Bursitis. Beurteilung: Leichte femoropatelläre Dysplasie. Keine relevante Chondropathie, insbesondere keine chondrale oder osteochondrale Abscherfraktur. Bei bekanntem Status nach Morbus Osgood Schlatter hier aktuell reizlose Verhältnisse. Insgesamt reizlose periartikuläre Sehneninsertionen. 6.6 Dr. med. K. ___ führte im Bericht vom 24. September 2015 folgende Diagnosen auf (IV-Nr. 17 S. 3): – Schmerzhaftes Ossikel anterior Tuberositas tibiae Knie links nach Kontusion bei einem Sturz vor vier Wochen – Status nach Morbus Osgood Schlatter Befunde: Druckdolenz anterior über der Tuberositas tibiae und dort palpierbares Ossikel, das mobil sei. Die Schmerzen seien aber auch etwas weiter proximal. Beurteilung / Procedere: Bei massiven Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit mit drohendem Verlust der Arbeitsstelle sei heute diagnostisch und therapeutisch Kenacort 40 mg und Lidocain ins linke Kniegelenk infiltriert worden. Zusätzlich werde nächsten Montag unter ambulanten Bedingungen das Ossikel entfernt, das an der Tuberositas tibiae schmerze. Nach der Entfernung des Ossikels sollte die Beschwerdeführerin dann nach ein- bis zwei Wochen wieder voll arbeitsfähig sein. 6.7 Dr. med. K. ___, hielt im undatierten «Austrittsbericht mit integriertem Operationsbericht» (IV-Nr. 17 S. 2) aufgrund der durchgeführten Entfernung des Ossikels Tuberositas tibiae links vom 28. September 2015 folgende Diagnose fest: Ossikel Tuberositas tibiae links nach Kontusion bei Status nach Morbus Osgood-Schlatter Seit der Kontusion des linken Knies bestünden massive Schmerzen im Bereich des Ossikels, welches im MRI und im Röntgen sichtbar geworden sei. Da die Beschwerdeführerin seither arbeitsunfähig sei, habe Dr. med. K. ___ bereits früh die Entfernung des Ossikels geplant. Procedere: Es solle nach Massgabe der Beschwerden mobilisiert werden. Die Beschwerdeführerin solle die Stöcke weglassen, sobald die Wunde trocken sei. Bis dahin sei eine Thromboembolieprohylaxe wie vorher mit Xarelto 10 mg einmal täglich durchzuführen. Bis zur möglichen Vollbelastung. Eine Fadenentfernung erübrige sich bei Intracutannaht. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen, dann sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. 6.8 Im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2015 (IV-Nr. 11 S. 6 f.) des Kantonsspitals [...], Chirurgische Klinik, wurde aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 30. September bis 2. Oktober 2015 folgende Hauptdiagnose ausgewiesen: 1. Ossikelresektion Knie links nach Kniekontusion bei Status nach M. Osgood-Schlatter am 28. September 2015 in der Klinik [...] - aktuell: infiziertes Hämatom Nebendiagnose sei: 2. Adipositas Auf der Notfallstation sei die Eröffnung und Spülung des Hämatoms erfolgt und ein mikrobiologischer Abstrich entnommen worden. Im Verlauf sei es jedoch zu keinem Wachstum von Mikroorganismen gekommen. Es sei eine i.v. Antibiose mit Co-Amoxicillin begonnen worden. Bei regredierter Phlegmone und Entzündungsparameter habe die Beschwerdeführerin am 2. Oktober 2015 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Procedere: Die antibiotische Therapie sei für insgesamt zehn Tage bis am 11. Oktober 2015 weiterzuführen. Es seien regelmässige Verbandwechsel durchzuführen und es werde um eine klinische Verlaufskontrolle Anfang der nächsten Woche gebeten. 6.9 Im Bericht vom 11. November 2015 (IV-Nr. 17 S. 5) hielt Dr. med. K. ___ die Diagnose einer «Wundheilungsstörung nach Hämatombildung nach Ossikelentfernung Tuberositas tibiae links am 28. September 2015» sowie einen «Status nach Hämatomausräumung im Spital [...]» fest. Die Beschwerdeführerin sei kurz nach der Hospitalisation bei ihm notfallmässig nach [...] gekommen, wo man einen Infekt vermutet habe. Bei der Hämatomausräumung habe man Proben genommen und kein Wachstum gefunden. Trotzdem stehe in der Diagnose «infiziertes Hämatom», was Dr. med. K. ___ nicht ganz verstehe. Die

Beschwerdeführerin habe die Thromboembolieprophylaxe sistiert und nehme keine Antibiotika mehr. Befunde: Im proximalen Anteil der Wunde gebe es noch eine offene Stelle. Er könne keine Flüssigkeit oder Eiter exprimieren. Es bestehe eine starke Druckdolenz. Das Knie sei sehr gut beweglich. Beurteilung / Procedere: Er gebe einen Spezialverband für Wundheilungsstörungen mit (Polymem). Die Beschwerdeführerin brauche weiter Xarelto 10 mg 1 x täglich, solange sie die Stöcke brauche. Die nächste Wundkontrolle finde in zwei Wochen statt. Dann werde auch eine Röntgenkontrolle durchgeführt. Sollte die Wundheilungsstörung persistieren, müsste man allenfalls nochmals revidieren und wiederum Proben nehmen.

6.10 Im Bericht vom 4. Dezember 2015 (IV-Nr. 17 S. 1) hielten Dres. med. K.____ und M.____ folgende Diagnosen fest: – Status nach Wundheilungsstörung nach Hämatombildung nach Ossikelentfernung Tuberositas tibiae links am 28. September 2015 – Status nach Hämatomausräumung im Spital [...] – Diffuse lokale Restbeschwerden Tuberositas tibiae links Röntgen Knie links ap, seitlich sowie Patella axial: Sehr schöne Ossikelentfernung an der Tuberositas tibiae links. Es zeige sich jedoch im Ansatzbereich noch eine diffuse Auftreibung des Ligamentum patellae. Schön zentrierte Patella. Ansonsten unauffällige Gelenkstruktur femoro-tibial.

Beurteilung / Procedere: Mit dem Polymem Spezialverband sei es zu einer schönen Wundheilung gekommen. Die Restbeschwerden seien vereinbar mit entzündlichen Veränderungen im Bereich des Patellarsehnenansatzes an der Tuberositas tibiae nach Hämatomausräumung und Ossikelentfernung. Es werde empfohlen, die begonnene Therapie konsequent und intensiv fortzuführen. Dabei sollte eine möglichst rasche Stockentwöhnung erreicht werden. Dosierte Belastungsaufbau. Bis zur erreichten Vollbelastung bleibe die Beschwerdeführerin als Malerin weiterhin arbeitsunfähig. Dies werde sicherlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Es sei davon auszugehen, dass ein Arbeitsversuch allenfalls zu 50 % ab dem 4. Januar 2016 versucht werden könne. Weitere Verlaufskontrollen seien vorerst nicht vorgesehen, könnten bei anhaltenden Problemen nach vorgängiger Durchführung einer MRI zur Beurteilung des Patellarsehnenansatzes aber nochmals stattfinden.

6.11 Dres. med. K.____ und M.____ führten im Bericht vom 18. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 4 f.) aufgrund der Sprechstunde vom 15. April 2016 folgende Diagnosen auf: – Chronifizierte Schmerzproblematik im Bereich der Tuberositas tibiae links bei Status nach Ossikelentfernung Tuberositas tibiae vom 28. September 2015 durch Dr. med. K.____ – Status nach Hämatomausräumung im Spital [...] postoperativ – Wundheilungsstörung nach Hämatomausräumung Anamnese: Es erfolge die nochmalige Zuweisung bei erneuter lokaler Schmerzproblematik im Bereich der Tuberositas tibiae mit ziehenden Schmerzen und Druckbeschwerden. Dies trotz weiteren regelmässigen physiotherapeutischen Massnahmen und dosiertem Kraftaufbau. Aktuell wieder Stockmobilisation aufgrund der Beschwerden. Auf ebenen Strecken sei das Gehen fast problemlos möglich, das Treppensteigen funktioniere kaum. Es bestehe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit als Malerin. Beurteilung / Procedere: Es sei von einer Schmerzchronifizierungsproblematik bei klinisch unauffälligem Patellarsehnenansatz in die Tuberositas tibiae auszugehen. Zur genauen Abklärung sei eine MRI veranlasst worden. Sollte sich diese als unauffällig erweisen, würde dies für eine Verdachtsdiagnose sprechen.

6.12 Die MRT des linken Kniegelenks vom 19. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 3) beurteilte Dr. med. N.____, FMH Radiologie, G.____, wie folgt: Allenfalls geringgradiger Reizzustand / postoperatives Residuum am inferioren tibialen Ansatz der Patellasehne an der Tuberositas tibiae ohne Diskontinuität der Sehnenfasern. Keine nennenswerte entzündliche Umgebungsreaktion, kein Abszess. Keine Pathologie der Binnenstruktur des

Knien. 6.13 Dres. med. K.____ und M.____ bestätigten in ihrem Bericht vom 27. April 2016 (IV-Nr. 11 S. 2) die bereits im Bericht vom 18. April 2016 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Beurteilung / Procedere: Wie bereits im Bericht vom 18. April 2016 vermutet, handle es sich hier wahrscheinlich um eine Schmerzchronifizierungsproblematik im Patellarsehnenansatzbereich an der Tuberositas tibiae nach mehreren Voroperationen. Allenfalls sei ein Nervenentrapment vorhanden. Als erste schmerztherapeutische Massnahme werde daher eine Desensibilisierung der Haut im Narbenbereich durch die Ergotherapie vorgesehen, eine erste Verordnung sei ausgestellt worden. Sollten die Beschwerden andauern, sei sicher eine Therapieübernahme durch eine Schmerzambulanz z.B. in [...] sinnvoll. Eine IV-Anmeldung mache zwecks beruflicher Massnahmen auf jeden Fall Sinn. 6.14 Dres. med. K.____ und M.____ hielten aufgrund des Schreibens des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 2. Juni 2016 im Bericht vom 20. Juni 2016 (IV-Nr. 26 S. 5 f.) fest, in der ersten Untersuchung von Dr. med. K.____ vom 17. September 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) habe sich eine prominente Tuberositas tibiae bei Morbus Osgood-Schlatter und dort auch eine starke Druckdolenz, jedoch fast eine stärkere Druckdolenz im Bereich des Ursprungs des Ligamentum patellae im Sinne eines Jumper-Knees, gezeigt. Zudem habe eine Belastungsunfähigkeit des linken Beines bestanden. Es sei die Diagnose einer Aktivierung des Morbus Osgood-Schlatter durch das Kontusionstrauma mit zusätzlich gereiztem Ligamentum patellae links gestellt worden. Der Morbus Osgood-Schlatter sei sicherlich vorbestehend gewesen, jedoch durch den Unfall vom 11. August 2015 massgebend verschlimmert worden. Auch die Reizung des Ligamentum patellae Ursprungs könne als Sturzfolge aufgrund von Überlastung durch schmerzbedingte muskuläre Fehlbelastung des Streckapparates erklärt werden. Somit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer zumindest teilweisen Folge des Unfalls vom 11. August 2015 vor allem für die Aktivierung des Morbus Osgood-Schlatter und die Reizung des Ligamentum patellae Ursprungs links ausgegangen werden. Der Morbus Osgood-Schlatter sei dokumentiert vorbestehend auf beiden Seiten, rechts sei die Beschwerdeführerin jedoch annähernd beschwerdefrei. Wie bereits erwähnt, habe der Unfall vom 11. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer massgebenden Verschlimmerung und Schmerzexazerbation des vorbestehenden Morbus Osgood-Schlatter geführt. Mit vorbestehendem Morbus Osgood-Schlatter an beiden Knien habe die Beschwerdeführerin eine Malerlehre absolvieren können, auch wenn erst im zweiten Anlauf. Somit sei davon auszugehen, dass diese unfallfremde Ursache auch ohne Unfallereignis die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin allenfalls leicht beeinträchtigt hätte, aber sicherlich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und schon gar nicht in gleichem Umfang. Im Moment sei leider ein schlechter Verlauf gegeben, so dass nicht vorausgesagt werden könne, wann der Status quo sine bzw. ante erreicht werde. Aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik im Bereich der Tuberositas tibiae bei Status nach Ossikelentfernung in diesem Bereich mit postoperativer Hämatomausräumung und Wundheilungsstörung bei durch ein Trauma aktiviertem Morbus Osgood-Schlatter und einer Reizung des Ligamentum patellae am Ursprung werde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrem bisherigen Beruf als Malerin in einem 100%-Pensum als nicht gegeben erachtet. 6.15 Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, J.____, hielt aufgrund der Akten-Einträge und der Konsultationen vom 22. und 29. Juni 2016 in seiner Sprechstunde im Bericht vom 6. Juni (recte: wohl Juli) 2016 (IV-Nr. 26 S. 7 f.) betreffend die Fragen des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 2. Juni 2016 folgende Diagnose fest: «Chronifizierte Schmerzsymptomatik im Bereich der Tuberositas tibiae links

bei Status nach Ossikelentfernung an der Tuberositas tibiae vom 28. September 2015». In Bezug auf die Befunde verwies er auf den ausführlichen Bericht von Dr. med. K. ___ vom 27. April 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Die aktuellen Schmerzen könnten direkt in Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. August 2015 und den Folgeoperationen gesehen werden. Es bestehe eine eindeutige Kausalität zwischen dem Unfall und dem Beginn der Beschwerden. Der vorbestehende, bekannte Morbus Osgood-Schlatter am Knie links könne im verzögerten Heilungsverlauf eventuell eine Rolle spielen. Hierzu solle Dr. med. K. ___ direkt angefragt werden. Es bestünden keine unfallfremden Ursachen. Der Status quo sine bzw. ante sei noch nicht erreicht. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % als Malerin. 6.16 Dr. med. C. ___, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 13. September 2016 (IV-Nr. 21) fest, aufgrund der nun vorhandenen medizinischen Unterlagen bestünden keine die Beschwerden erklärenden organischen Einschränkungen im Bereich der Kniegelenke. Somit könne streng genommen auch keine Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils formuliert werden. Nichts desto trotz sei es sinnvoll, mit beruflichen Massnahmen auf das Gesuch der Beschwerdeführerin einzutreten, da: 1. eine Arbeitsunfähigkeit von inzwischen über einem Jahr bestehe (und damit auch ein Anspruch auf das «IV-Verfahren»), und 2. die Beschwerdeführerin noch sehr jung sei und bisher ausser der Berufslehre keine Berufserfahrung habe. 6.17 Im Bericht vom 22. September 2016 (IV-Nr. 26 S. 9) hielt Dr. med. K. ___ fest, dass bereits vor dem Trauma vorhandene Ossikel an der Tuberositas tibiae, verursacht durch den Morbus Osgood-Schlatter in der Jugend, sei vorbestehend und stehe relativ prominent anterior an der Tibia vor und sei häufig nach Abklingen des Morbus Osgood-Schlatter beim Erwachsenen beschwerdefrei. So sei es auch bei dieser Beschwerdeführerin gewesen. Erst durch die Kontusion habe sie Schmerzen bekommen. Dies sei durch die Lokalisation dieses Ossikels häufig ein Problem, da erst durch direkte Kontusion Schmerzen entstünden, wo vorher keine gewesen seien. Einzige Behandlung sei dann die Entfernung des Ossikels ohne weitere Massnahmen. Dies schliesse an sich nicht aus, dass dies erst wegen einem Trauma habe entfernt werden müssen. Für ihn sei das Argument, dass die Entfernung dieses Ossikels, das bereits 2012 bildgebend dokumentiert sei, der Beweis, dass dies unfallfremde Probleme seien, nicht ganz schlüssig. Es stimme allerdings, dass in der MRI weder ein Knochenmarksödem noch ein Bone bruise sichtbar seien. Da dieses Ossikel aber im Ligamentum patellae liege und beim täglichen Durchbewegen beansprucht werde, könne man sich gut vorstellen, dass ein vorher reizloser Zustand durch ein Trauma plötzlich Probleme verursache, ohne dass eine Fraktur oder ein Bone bruise sichtbar seien. Dr. med. K. ___ streite somit nicht ab, dass dieses Ossikel vorbestehend gewesen sei, das sei tatsächlich so, aber Probleme seien erst mit dem Trauma aufgetreten. Dies sei natürlich durch dieses Ossikel etwas bedingt, aber es gebe genügend Beispiele von erwachsenen Personen, die mit diesem Ossikel beschwerdefrei herumliefen, ohne dass irgendwelche Probleme aufträten. Hingegen könnten nach einem Trauma häufig Probleme auftreten. 6.18 Dr. med. C. ___, RAD, empfahl in seiner Stellungnahme vom 7. April 2017 (IV-Nr. 29 S. 2), es sei zu klären, ob das unfallversicherungsrechtliche Verfahren nun beendet sei bzw. seien die Akten des Unfallversicherers B. ___ seit April 2016 einzufordern. Danach müsse wohl eine Begutachtung durchgeführt werden. 6.19 In der Stellungnahme vom 2. August 2017 (IV-Nr. 36 S. 2 f.) hielt Dr. med. C. ___, RAD, fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine Situation bestanden, in welcher ein Rentenanspruch hätte entstehen können. Erstens handle es sich um eine Knieproblematik, die rein subjektiv sei und durch keine Befunde habe erklärt werden

können. Trotzdem habe man sich zur Unterstützung der Beschwerdeführerin in beruflicher Hinsicht entschieden, dies jedoch aufgrund des noch jungen Alters und der fehlenden Berufserfahrung, was jedoch nicht mit der «Anerkennung» einer Arbeitsunfähigkeit aus sozialversicherungsmässiger Sicht gleichgestellt werden sollte, sondern es sei dem Fakt Rechnung getragen worden, dass bereits eine länger dauernde Krankschreibung bestanden habe. Zweitens wäre auch im Fall einer organischen Knieproblematik erfahrungsgemäss jederzeit von einer vollen Zumutbarkeit für eine angepasste Tätigkeit ausgegangen worden. Eine weitere klinisch relevante Einschränkung z.B. aus psychischer Sicht habe nicht bestanden resp. bestehe ebenfalls nicht. Dementsprechend könne auf eine Begutachtung verzichtet werden. Eine rückwirkend länger dauernde Einschränkung der Zumutbarkeit könne nicht formuliert werden. Die Begutachtung sei aufgrund der subjektiven Arbeitsunfähigkeit angedacht gewesen, was inzwischen durch die Realität (Stellenfindung) von der Beschwerdeführerin selber widerlegt worden sei. 6.20 Im Rahmen des unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahrens VSBES.2016.261 holte das Versicherungsgericht bei Dr. med. P.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ein orthopädisches Gerichtsgutachten ein, das am 14. April 2018 (A.S. 77 ff., Eingang: 9. Mai 2018) erstattet wurde. Darin wurden folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (VSBES.2016.261, A.S. 91): Chronisches infrapatelläres Schmerzsyndrom links mit / bei: – Status nach Morbus Osgood-Schlatter mit kleinem freiem Ossifikationskern in der distalen Patellarsehne (ICD-10 M92.5) – Status nach massiver Direktkontusion der distalen Patellarsehne 11. August 2015 (ICD-10 S80.0) – Status nach Knochenkernentfernung der distalen Patellarsehne links 28. September 2015 – Status nach postoperativem Wundinfekt bei infiziertem Hämatom – Status nach Wundrevision 30. September 2015 – Schmerzhaftes Narbenbildung der Operationswunde mit chronischer Dauerschmerzhaftigkeit im ehemaligen Wundgebiet Als Diagnose ohne Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit wurde ein «Status nach Morbus Osgood-Schlatter rechts (asymptomatisch)» diagnostiziert. Aufgrund der anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunde werde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Malerin auf 50 % geschätzt. Dabei sei der Beschwerdeführerin eine vollschichtige Anwesenheit am Arbeitsplatz zumutbar mit Einschränkung des Rendements von 50 % unter Berücksichtigung des nachfolgend angegebenen Arbeitsprofils. In einer Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin für eine vollschichtige Arbeit 100 % arbeitsfähig unter Berücksichtigung des folgenden Arbeitsprofils: Wechselbelastete Tätigkeiten mit Abwechslung zwischen Sitzen und Stehen und zeitweiligem Herumgehen; Vermeiden von Tragen von Lasten über 10 kg; Vermeiden von Arbeiten in kniender oder kauender Stellung; Vermeiden von Treppensteigen insbesondere mit gleichzeitigem Tragen von Lasten; Vermeiden von Arbeiten mit Gehen in unebenem Gelände; Vermeiden von Besteigen von Leitern und Gerüsten (A.S. 94). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 11. August 2015 bis zur letzten dokumentierten medizinischen Kontrolle vom 11. November 2015 sei sowohl für den angestammten Beruf wie auch für eine Verweistätigkeit ausgewiesen. Für die Arbeitsunfähigkeit ab dem 12. November 2015 bis zum 31. März 2017 (100 %) sowie vom 1. April 2017 bis zum 30. April 2017 (50 %) liege lediglich eine Bestätigung im Arztbericht vom 20. Juni 2016 (Dr. med. K.____) vor, wonach die Beschwerdeführerin als Malerin 100 % arbeitsunfähig sei ohne Angaben über die Zeitdauer der weiteren Arbeitsunfähigkeit. Für den weiteren Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. Juni 2016 liege keine medizinische Dokumentation vor, weder eine ärztliche

Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit noch ärztliche Verlaufsberichte. Es sei deshalb nicht möglich, diese Frage konklusiv zu beantworten. Der Gesundheitszustand habe seit dem 11. August 2015 einen kontinuierlichen und nicht wechselnden Verlauf aufgezeigt. Durch die zurzeit durchgeführte medikamentöse Behandlung mit Schmerzmedikation bei Bedarf könne das aktuelle Zustandsbild gehalten werden. Zurzeit bestünden keine weiteren Therapie-Optionen, mit welchen der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin namhaft verbessert werden könne. Insbesondere sei von operativen Massnahmen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Von weiteren Therapiemassnahmen sei kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Es sei allenfalls eine Umschulung auf eine Tätigkeit angezeigt, welche dem Anforderungsprofil der Beschwerdeführerin entspreche (A.S. 97).

7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob dem orthopädischen Gerichtsgutachten von Dr. med. P. ___ vom 14. April 2018 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) Beweiswert zukommt: 7.1 Das durch Dr. med. P. ___ verfasste orthopädische Gutachten vom 14. April 2018 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem die Beschwerdeführerin am 7. März 2018 einer klinischen Untersuchung unterzogen wurde (VSBES.2016.261, A.S. 78, 89 ff.), in deren Rahmen die Wirbelsäule untersucht und der Gelenkstatus der oberen und unteren Extremitäten sowie der Neurostatus erhoben wurden. Der Gutachter verzichtete im Weiteren bewusst auf die Durchführung einer internistischen Untersuchung, da die Beschwerdeführerin sich, abgesehen von den Kniebeschwerden, als vollständig gesund erkläre und die Begutachtung ausschliesslich eine orthopädisch-traumatologische Fragestellung beinhalte (VSBES.2016.261, A.S. 89). Indem die Beschwerdeführerin Angaben zur Familien-, Sozial- und Berufsanamnese sowie zur persönlichen Anamnese machte und über ihr jetziges Leiden bzw. ihre Klagen und die aktuelle Behinderung Auskunft gab (VSBES.2016.261, A.S. 86 ff.), wurden auch die von ihr geklagten subjektiven Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen. Durch das Aufführen sowohl der «medizinischen Unterlagen» (VSBES.2016.261, A.S. 79 ff.) als auch der «Beschlüsse und Verfügungen von Versicherungen und Gerichten» (VSBES.2016.261, A.S. 84) unter dem Titel «Vorgeschichte» und den durchgeführten «bildgebenden Verfahren» (VSBES.2016.261, A.S. 91) kann beim Gutachter zudem von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden. Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So vermag aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin (VSBES.2016.261, A.S. 87), wonach bei ihr circa ab dem 10. Altersjahr an beiden Kniegelenken belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Kniescheibensehne aufgetreten und kurz nach Abschluss des Wachstums wieder verschwunden seien, die Darlegung des Gutachters einzuleuchten, dass die Beschwerdeführerin während des pubertären Wachstumsschubes an einem Morbus Osgood-Schlatter beidseits im Bereich des Ansatzes der Kniescheibensehne am Schienbeinkopf gelitten habe (VSBES.2016.261, A.S. 92). Auch die weitere gutachterliche Darlegung, wonach die Beschwerdeführerin nach dem Wachstumsschub an beiden Kniegelenken wieder beschwerdefrei gewesen sei (VSBES.2016.261, A.S. 92 Mitte), lässt sich aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin verifizieren, wonach sie rechts am Kniegelenk weiterhin vollständig und bis zum Ereignis vom 11. August 2015 auch von Seiten des linken Kniegelenkes beschwerdefrei gewesen sei (VSBES.2016.261, A.S. 97). Diese Beurteilung stimmt sodann auch mit den ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten überein. So hielt bspw. Dr. med. K. ___ in seinem Bericht vom

18. September 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) fest, es bestehe eine lange Leidensgeschichte mit beiden Knien, wobei das rechte Knie im Moment sehr gut gehe und schmerzfrei sei. Die Beschwerdeführerin habe ihre Lehre als Malerin abschliessen können, was sie jedoch wegen der Knie erst im zweiten Anlauf geschafft habe. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte vermag auch die weitere gutachterliche Feststellung zu überzeugen, wonach die ärztliche Behandlung des Morbus Osgood-Schlatter in den Akten, abgesehen vom MRI-Bericht vom 4. Oktober 2012, nicht dokumentiert sei (VSBES.2016.261, A.S. 92). So findet sich in den vorliegenden Akten kein vor dem MRI-Bericht vom 4. Oktober 2012 – und somit während des pubertären Wachstumsschubes der Beschwerdeführerin – verfasster Arztbericht. Daher ist auch die Beurteilung des Gutachters schlüssig, wonach bei der Beschwerdeführerin ein Vorzustand an beiden Kniegelenken bestehe und die Beschwerdeführerin bis zum Ereignis vom 11. August 2015 diesbezüglich und insbesondere bezüglich des linken Knies beschwerdefrei gewesen sei und den kniebelastenden Beruf als Malerin vollständig beschwerdefrei habe ausüben können. In diesem Zusammenhang überzeugt ferner die daraus gezogene gutachterliche Schlussfolgerung, wonach bis zum Ereignis vom 11. August 2015 keine Restbeschwerden des M. Osgood-Schlatter vorhanden gewesen seien. Indem der orthopädische Gutachter davon ausging, dass sich die Beschwerdeführerin am 11. August 2015 an der Kante der Treppenstufe eine Direktkontusion der Tuberositas tibiae links zugezogen habe (VSBES.2016.261, A.S. 92), erscheint seine Einschätzung einer «massiven» Quetschung im Bereich der Tuberositas tibiae mit Hämatombildung und ärztlich festgehaltenem Schmerzbild mit ausgeprägter Funktionseinschränkung plausibel. Dies auch unter Einbezug der zeitnah zum Unfallereignis verfassten medizinischen Berichte. So wurde im Rahmen der nach dem Unfallereignis erstmaligen klinischen Untersuchung des linken Knies durch Dr. med. I. ___ am 29. September 2016 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) eine Belastungsintoleranz, ein Extensions- / Flexions-Defizit, eine praepatelläre Schwellung links mit Exkoriation und ein Hämatom im Wadenbereich festgestellt. Der Gutachter setzte sich im Weiteren auch mit der medizinischen Literatur zum Morbus Osgood-Schlatter eingehend auseinander (VSBES.2016.261, A.S. 92 oben). In diesem Zusammenhang hielt er fest, dass sich klinisch eine Druckdolenz bei Palpation der Tuberositas tibiae finde, manchmal auch eine teigige Schwellung im Bereich der Tuberositas tibiae beobachtet werde, das seitliche Röntgenbild in den meisten Fällen unspezifisch sei und manchmal eine Fragmentation der Tuberositas tibiae beobachtet werde (VSBES.2016.261, A.S. 92 Mitte). Vor diesem Hintergrund erscheinen die Einschätzungen des Gutachters, das Ereignis vom 11. August 2015 habe eine Reaktivierung des vorbestehenden, zum Zeitpunkt des Ereignisses beschwerdefreien M. Osgood-Schlatter verursacht, der operative Eingriff vom 28. September 2015 habe der Behandlung dieser Reaktivierung des Vorzustandes gedient und auch die in der Folge dieses Eingriffs aufgetretenen Komplikationen (infiziertes Hämatom mit lange andauernder Wundheilungsstörung) seien Folgen des Unfallereignisses (VSBES.2016.261, A.S. 93 f.), plausibel. Dr. med. P. ___ stütze sich dabei auch auf die bei der klinischen Untersuchung des linken Knies im Rahmen des Gutachtens vom 7. März 2018 erhobenen Befunde (VSBES.2016.261, A.S. 90). So sei die Operationsnarbe knapp oberhalb der Tuberositas tibiae von 1,5 cm Länge und einem Durchmesser von knapp 1 cm äusserst stark druckdolent. Lateral der Narbe bestehe eine leichte Hyposensibilität (circa Zweifrankenstückgrösse) und medial der Narbe eine deutliche Druckdolenz, etwas geringgradige Druckdolenz auch lateral der Narbe. Die Tuberositas tibiae sei leicht unregelmässig begrenzt, vorgewölbt und druckdolent, ebenso bestehe eine Druckdolenz der

distalen 2 cm der Patellarsehne ausserhalb der Operationsnarbe. Mit Blick auf diese Befunde, die rund zweieinhalb Jahre nach dem Ereignis vom 11. August 2015 erhoben wurden, ist auch die weitere gutachterliche Beurteilung nachvollziehbar, wonach das Ereignis vom 11. August 2015 zu einer dauernden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe, indem durch den Unfall das vorbestehende Leiden in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium versetzt worden sei (VSBES.2016.261, A.S. 94). Da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung auch weiterhin u.a. über belastungsabhängige Schmerzen am linken Kniegelenk im Bereich der Operationsnarbe unterhalb der Kniescheibe berichtete (VSBES.2016.261, A.S. 88 Mitte), vermag einzuleuchten, dass der Gutachter dafürhielt, dass nach dem durchgeführten Eingriff der Status quo ante nicht mehr erreicht werden könne und ein dauernder Defektzustand mit einer verbleibenden Verschlimmerung des Vorzustandes bestehe (VSBES.2016.261, A.S. 94). Damit kann dem orthopädischen Gutachten von Dr. med. P.____ vom 14. April 2018 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des orthopädischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. P.____ vom 14. April 2018 zu schmälern vermögen. Wie bereits in E. II. 4.3 hiervoor dargelegt, hat das Gericht nur dann von den Ergebnissen eines Gerichtsgutachtens abzuweichen, wenn hierfür zwingende Gründe bestehen.

7.2.1 Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht im Wesentlichen hervor (vgl. E. II. 6.1 ff. hiervoor) und ist unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jahren eine Morbus Osgood-Schlatter-Erkrankung besteht. Dies gab die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der gutachterlichen Exploration an (VSBES.2016.261, A.S. 87), indem sie ausführte, ab circa 10 Jahren seien an beiden Kniegelenken belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Kniescheibensehnen aufgetreten. Diese seien mit einer Ruhigstellung im Gips und gelegentlicher Physiotherapie therapiert worden. Bis zum Unfall vom 11. August 2015 sei sie dann von beiden Kniegelenken her beschwerdefrei gewesen. In diesem Zusammenhang zitierte Dr. med. P.____ die medizinische Fachliteratur und hielt fest, die Beschwerdeführerin sei nach dem Wachstumsabschluss an beiden Kniegelenken beschwerdefrei gewesen. Dies leuchtet ein, da er anschliessend ausführte, dass abgesehen von einem MRI-Bericht vom 4. Oktober 2012 die ärztliche Behandlung des Morbus Osgood-Schlatter bis zum August 2015 nicht in den Akten dokumentiert sei (VSBES.2016.261, A.S. 92). Diese Beurteilung vermag aufgrund der vorliegenden Akten einzuleuchten. So wurde im Bericht vom 4. Oktober 2012 (vgl. E. II. 6.1 hiervoor) eine «aktivierte Ansatzentzündung der Patellarsehne bei Morbus Osgood-Schlatter» ausgewiesen. Aus den vorliegenden Akten geht im Weiteren übereinstimmend hervor, dass die Beschwerdeführerin nach dem erlittenen Unfallereignis vom 11. August 2015 unter persistierenden massiven Schmerzen am linken Knie litt. Nach Ausschluss einer Fraktur bzw. ossären Läsion (vgl. E. II. 6.2 f. hiervoor) wurde das linke Kniegelenk nach Durchführung der MRT vom 22. September 2015 (vgl. E. II. 6.5 hiervoor) mit weitgehend unauffälliger Pathologie am 24. September 2015 infiltriert (vgl. E. II. 6.6 hiervoor). Am 28. September 2015 folgte sodann die operative Entfernung des zuvor bildgebend nachgewiesenen Ossikels (vgl. E. II. 6.2, 6.7 hiervoor). Diese Operation führte zu einer Wundheilungsstörung. Die im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2015 des Kantonsspitals [...] in diesem Zusammenhang festgestellte Diagnose eines «infizierten Hämatoms» wurde durch den behandelnden orthopädischen Chirurgen Dr. med. K.____ in seinem am 11. November 2015 verfassten Bericht (vgl. E. II. 6.9 hiervoor) dahingehend relativiert, als bei den aufgrund der Hämatomausräumung genommenen Proben kein Wachstum habe

gefunden werden können. Daher verstehe er die Diagnose eines «infizierten Hämatoms» nicht ganz. Seine Einschätzung ist nachvollziehbar, da im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2015 u.a. festgehalten wurde, dass es bei dem bei der Eröffnung und Spülung des Hämatoms entnommenen mikrobiologischen Abstrich im Verlauf nicht zu einem Wachstum von Mikroorganismen gekommen sei. Es ist daher davon auszugehen, dass der operative Eingriff vom 28. September 2015 nicht zu einem Infekt geführt hat. Aufgrund des angelegten Spezialverbandes für Wundheilungsstörungen konnte sodann eine schöne Wundheilung herbeigeführt werden (vgl. E. II. 6.9 f. hiervor). Dennoch bestanden im linken Knie weiterhin Restbeschwerden. Diese wurden von Dres. med. K.____ und M.____ durch entzündliche Veränderungen im Bereich des Patellarsehnenansatzes an der Tuberositas tibiae nach Hämatomausräumung und Ossikelentfernung erklärt (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Bei erneuter lokaler Schmerzproblematik im Bereich der Tuberositas tibiae mit ziehenden Schmerzen und Druckbeschwerden trotz Physiotherapie und dosiertem Kraftaufbau erschien die Beschwerdeführerin am 15. April 2016 erneut zur Sprechstunde bei den orthopädischen Chirurgen. Diese diagnostizierten im Bericht vom 18. April 2016 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) u.a. eine «chronifizierte Schmerzproblematik im Bereich der Tuberositas tibiae links bei Status nach Ossikelentfernung». Diese Diagnosestellung bestätigten Dres. med. K.____ und M.____ sodann im Bericht vom 27. April 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) und führten aus, dass sich die bildgebenden Aufnahmen in der MRT vom 19. April 2016 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) als weitgehend unauffällig präsentiert hätten. Auch der Allgemeinmediziner Dr. med. O.____ hielt im Bericht vom 6. Juli 2016 die Diagnose einer chronifizierten Schmerzproblematik fest (vgl. E. II. 6.15 hiervor), wobei er im Wesentlichen auf den Bericht des auf das medizinische Fachgebiet der orthopädischen Chirurgie spezialisierten Facharztes Dr. med. K.____ vom 27. April 2016 verwies. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der Gutachter Dr. med. P.____ im Rahmen seines orthopädischen Gerichtsgutachtens die Hauptdiagnose eines «chronischen infrapatellären Schmerzsyndroms links» auswies. So führte er u.a. in nachvollziehbarer Weise aus, durch den Unfall sei das vorbestehende Leiden in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt und in ein bleibend schmerzhaftes Stadium versetzt worden. Es bestehe ein dauernder Defektzustand mit einer verbleibenden Verschlimmerung des Vorzustandes. Der Beweiswert des Gerichtsgutachtens von Dr. med. P.____ wird somit durch die vorangehenden Berichte der ebenfalls auf das medizinische Fachgebiet der orthopädischen Chirurgie spezialisierten Fachärzte nicht erschüttert. In Bezug auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 13. September 2016, 7. April und 2. August 2017 (vgl. E. II. 6.16, 6.18 f. hiervor) ist zum einen festzuhalten, dass er sich mit den zeitlich vorangehenden medizinischen Berichten nicht substantiiert auseinandersetzt. So vermag seine Einschätzung, wonach die Knieproblematik rein subjektiv sei und durch keinen Befund habe erklärt werden können (vgl. E. II. 6.19 hiervor), nicht zu überzeugen. Zumal bei der Beschwerdeführerin unstreitig eine seit Jahren bestehende gesundheitliche Problematik im Sinne eines Morbus Osgood-Schlatter besteht. Es kommt hinzu, dass Dr. med. C.____ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert ist und seiner Einschätzung daher in Bezug auf die vorliegende orthopädische Fragestellung geringerer Beweiswert zukommt als der Beurteilung eines orthopädischen Facharztes. Somit vermögen die Berichte von Dr. med. C.____ die beweismässigen Einschätzungen und Ausführungen von Dr. med. P.____ nicht in Frage zu stellen.

7.2.2 Zusammenfassend vermögen die vor dem Gutachten von Dr. med. P.____ vom 14. April 2018 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern.

7.3 Dem orthopädischen

Gutachten von Dr. med. P.____ vom 14. April 2018 ist folglich in Bezug auf die Diagnosestellung und die medizinische Beurteilung der volle Beweiswert zuzusprechen. Es kann somit auch auf die im orthopädischen Gutachten enthaltene medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden. In m angestammten Beruf als Malerin besteht demnach eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Dabei ist der Beschwerdeführerin eine vollschichtige Anwesenheit am Arbeitsplatz zumutbar mit Einschränkung des Rendements von 50 %, unter Berücksichtigung des durch den Gutachter umschriebenen Arbeitsprofils. In einer Verweistätigkeit ist die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsfähig unter Berücksichtigung des folgenden Arbeitsprofils: Wechselbelastete Tätigkeiten mit Abwechslung zwischen Sitzen und Stehen und zeitweiligem Herumgehen; Vermeiden von Tragen von Lasten über 10 kg; Vermeiden von Arbeiten in kniender oder kauender Stellung; Vermeiden von Treppensteigen insbesondere mit gleichzeitigem Tragen von Lasten; Vermeiden von Arbeiten mit Gehen in unebenem Gelände; Vermeiden des Besteigens von Leitern und Gerüsten (A.S. 94).

7.4 Es stellt sich die Frage, wie sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor der Abfassung des Gerichtsgutachtens von Dr. med. P.____ vom 14. April 2018 bzw. vor der gutachterlichen Untersuchung vom 7. März 2018 präsentierte.

7.4.1 Dr. med. P.____ hielt fest, vom 11. August 2015 bis zur letzten dokumentierten medizinischen Kontrolle vom 11. November 2015 sei sowohl für den angestammten Beruf wie auch für eine Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Diese gutachterliche Einschätzung lässt sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten verifizieren: So wurde im Arztzeugnis UVG vom 29. September 2015 betreffend die Erstbehandlung der Beschwerdeführerin vom 11. August 2015 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgewiesen, welche anschliessend durch den behandelnden orthopädischen Chirurgen Dr. med. K.____ in seinem Bericht vom 18. September 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) dahingehend bestätigt wurde, dass die Beschwerdeführerin seit der Kontusion des linken Beines arbeitsunfähig sei. Nach der operativen Entfernung des Ossikels vom 28. September 2015 wurde der Beschwerdeführerin zunächst lediglich eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen attestiert (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Aufgrund der in der Folge aufgetretenen Wundheilungsstörung, der diesbezüglich notwendigen Hospitalisation vom 30. September bis 2. Oktober 2015 und der im Bericht vom 11. November 2015 durch Dr. med. K.____ beschriebenen Anlage eines Spezialverbandes für Wundheilungsstörungen (Polymem), ist jedoch in Übereinstimmung mit Dr. med. P.____ davon auszugehen, dass vom 11. August bis 11. November 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist.

7.4.2 Auch die Aussage von Dr. med. P.____, wonach ab dem 12. November 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Malerin ausgewiesen sei, vermag einzuleuchten. So hielten Dr. med. K.____ und Dr. med. M.____ im Bericht vom 4. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) fest, die Beschwerdeführerin bleibe bis zur erreichten Vollbelastung des linken Beines als Malerin weiterhin arbeitsunfähig. Ab dem 4. Januar 2016 könne ein Arbeitsversuch allenfalls zu 50 % unternommen werden. Ein entsprechender Arbeitsversuch ist indes in den Akten nicht dokumentiert. Aus den Unfallscheinen UVG von Dr. med. I.____, J.____ (vgl. IV-Nr. 30.46), geht im Weiteren hervor, dass die Beschwerdeführerin bis am 15. April 2016 in der Tätigkeit als Malerin bei der Firma R.____, [...], weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Dies bestätigten sodann auch Dr. med. K.____ und Dr. med. M.____ in den Berichten vom 18. April und 20. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.11, 6.14 hiervor). Im unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren wurde überdies ein Unfallschein eingereicht, in dem der Beschwerdeführerin auch in der Folge, zuletzt aufgrund eines Besuchs vom 16. Februar

2017, weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert wird, verbunden mit dem Vermerk, die ärztliche Behandlung habe am 13. April 2017 geendet. Weiter bescheinigt Dr. med. S.____, J.____, der Beschwerdeführerin in einem undatierten Arztzeugnis eine Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit von 100 % für die Zeit vom 9. Februar 2017 bis und mit 30. April 2017 (Urkunden 5 und 6 des Beschwerdeführers im UVG-Beschwerdeverfahren VSBES.2016.261, eingereicht am 16. Juli 2018). Die Beschwerdeführerin liess dazu ausführen, es handle sich um den Knieschaden als Folge des Unfalls vom 11. August 2015; die Bemerkung «infolge Krankheit» sei unzutreffend und erkläre sich dadurch, dass die Krankenversicherung vorleistungspflichtig sei, nachdem der Unfallversicherer B.____ seine Leistungen eingestellt habe (UVG-Dossier VSBES.2016.261, A.S. 116). Durch diese nachträglich eingereichten Unterlagen werden die Ausführungen von Dr. med. P.____ im Gutachten vom 14. April 2018 (VSBES.2016.261, A.S. 97), wonach für den weiteren Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. Juni 2016 keine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorliege, etwas relativiert. Die Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit zuhanden der Unfallversicherung beziehen sich jedoch in aller Regel auf die bisherige oder angestammte Tätigkeit, hier also diejenige als Malerin. Für eine Verweistätigkeit, welche der gesundheitlichen Beeinträchtigung am linken Knie Rechnung trägt, lässt sich daraus keine Aussage ableiten. Zutreffend bleibt dagegen Dr. med. P.____s Feststellung, dass ab dem 20. Juni 2016 keine ärztlichen Untersuchungsberichte mehr aktenkundig sind. Medizinische Vorkehren, welche nach diesem Zeitpunkt noch zu einer erheblichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit geführt hätten, sind nicht dokumentiert. Dr. med. P.____ konnte sich zwar zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit im Detail nicht äussern, er hielt aber fest, der Gesundheitszustand habe seit dem 11. August 2015 einen kontinuierlichen und nicht wechselnden Verlauf gezeigt (VSBES.2016.61, A.S. 97). Sodann steht fest, dass die Beschwerdeführerin am 1. Mai 2017 eine Vollzeitanstellung als Mitarbeiterin Paneelenreparatur antrat (vgl. IV-Nr. 34), also zu diesem Zeitpunkt in einer geeigneten Verweistätigkeit nicht mehr eingeschränkt war. Weiter ist die Natur der Gesundheitsschädigung zu berücksichtigen. Diese bestand darin, dass ein krankhafter Vorzustand (Morbus Osgood-Schlatter), welcher zuvor keine Beschwerden verursacht hatte, nach dem Unfallereignis vom 11. August 2015 Symptome im Bereich des linken Knies verursachte. Eine solche Symptomatik kann zwar nicht nur zu einer Arbeitsunfähigkeit in einer ungeeigneten angestammten Tätigkeit (wie hier derjenigen als Malerin) führen, sondern vorübergehend auch die Leistungsfähigkeit in anderen Berufsfeldern erheblich einschränken. Eine längerfristige erhebliche Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit bildet aber in Konstellationen mit einem auf ein Knie beschränkten Beschwerdebild eine seltene Ausnahme. Dies gilt jedenfalls bei jungen Versicherten wie der 1993 geborenen Beschwerdeführerin. Insoweit ist der entsprechenden Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 2. August 2017 (IV-Nr. 36), dessen Aussage allerdings weitergeht, beizupflichten. Besondere Umstände, welche im vorliegenden Fall zu einer abweichenden Beurteilung führen könnten, sind nicht ersichtlich, zumal, wie bereits erwähnt, nach dem 20. Juni 2016 keine konkreten, auf eine erhebliche Verbesserung gerichteten medizinischen Massnahmen mehr dokumentiert sind. Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche dem durch den Gerichtsgutachter Dr. med. P.____ formulierten Zumutbarkeitsprofil entspricht, ab Ende Juni 2016, gut zehn Monate nach dem Unfall, keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand. In diese Richtung

weisen auch die Protokolleinträge ab dem 21. Juli 2016, denen zu entnehmen ist, dass die Beschwerdeführerin motiviert sei, wieder ins Berufsleben einzusteigen, und bereits bei einigen Firmen um berufliche Anstellungen ersucht habe. 8. Das für den Rentenanspruch geltende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) lief am 11. August 2016 ab. Der Einkommensvergleich ist daher auf diesen Zeitpunkt zu beziehen (vgl. BGE 129 V 222).

8.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach 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 zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

8.2

8.2.1 Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Mai 2017 einen Lohn erzielt, der denjenigen vor dem Unfall erheblich übersteigt und einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad offensichtlich ausschliesst (vgl. IV-Nr. 34). Im für die Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns im August 2016 war sie jedoch nicht erwerbstätig und es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass ihr schon damals eine konkrete Anstellung zu vergleichbaren Konditionen offengestanden wäre. Vielmehr vermitteln die Protokollauszüge aus dieser Zeit den Eindruck einer intensiven, aber zunächst erfolglosen Stellensuche. Es ist daher – unabhängig von der Frage, ob die Voraussetzungen für ein Abstellen auf das tatsächliche Einkommen, insbesondere die besondere Stabilität der Arbeitsverhältnisse (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b/aa S. 76), grundsätzlich erfüllt wären – auf statistische Werte abzustellen. Konkret massgebend ist die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) in der bei Erlass der angefochtenen Verfügung aktuellsten Ausgabe von 2014 (vgl. zur massgebenden Ausgabe der LSE u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_500/2018 vom 31. Januar 2019 E. 6.2). Auszugehen ist von einem standardisierten Monatslohn (40 Wochenstunden) von CHF 4'300.00 (LSE 2014, Tabelle A1_tirage_skill_level, Total Frauen, Kompetenzniveau 1). Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung bei Frauen von 2014 (Index 103,6) bis 2016 (Index 105,0; vgl. Bundesamt für Statistik, T1.2.10, Nominallohnindex Frauen 2011 – 2017) sowie der durchschnittlichen betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2016 von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) resultiert ein angepasster Tabellenlohn und damit ein Invalideneinkommen von CHF 54'520.00 pro Jahr.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Tabellenlohn allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4). Das durch den Gutachter Dr. med. P. ___ formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. II. 7.3 hiervor) rechtfertigt keinen Abzug, da es sich in verschiedenen körperlich leichten Tätigkeiten ohne relevante Einschränkung verwerten lässt. Als invaliditätsfremde Abzugsgründe fallen das geringe Lebensalter und, damit verbunden, die fehlenden

Dienstjahre der Beschwerdeführerin grundsätzlich in Betracht. Ihnen ist jedoch beim Valideneinkommen durch eine Parallelisierung Rechnung zu tragen (vgl. E. II. 8.3.2 hiernach), was einer Berücksichtigung derselben Faktoren beim Tabellenlohnabzug entgegensteht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2 S. 305). Das Invalideneinkommen entspricht somit dem angepassten Tabellenlohn von CHF 54'520.00.

8.3 8.3.1 Das Einkommen ohne Gesundheitsschaden in der Tätigkeit als Malerin im Jahr 2016 hätte sich laut dem Arbeitgeberbericht vom 28. April 2016 (IV-Nr. 10) auf CHF 52'585.00 pro Jahr belaufen. Dieser Betrag entspricht somit grundsätzlich dem Valideneinkommen. Die Beschwerdeführerin lässt allerdings vorbringen, es sei auf Tabellenlöhne abzustellen, konkret auf den Zentralwert für Frauen im Kompetenzniveau 3 des Baugewerbes gemäss LSE 2014. Sinngemäss macht sie damit geltend, es sei eine Parallelisierung vorzunehmen, um invaliditätsfremden Gründen, die sich lohnsenkend auswirken, Rechnung zu tragen.

8.3.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts 696/01 vom 4. April 2002 E. 4). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohn einbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.4 S. 225). Die Grundüberlegung dieser Rechtsprechung ist die folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässig) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte (BGE 141 V 1 E. 5.4 S.3). Als invaliditätsfremder Grund, der sich lohnmindernd auswirkt, kommt hier das Alter der Beschwerdeführerin infrage. Sie war im Zeitpunkt des Unfalls 22-jährig und verunfallte am ersten Arbeitstag im Rahmen dieser Anstellung. Es ist statistisch ausgewiesen, dass der Verdienst mit zunehmendem Alter zunächst erheblich ansteigt (vgl. LSE 2014, Tabelle T17 «Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht»). Das geringe Lebensalter kann daher, obwohl in der vorstehenden Aufzählung nicht erwähnt, Anlass zu einer Parallelisierung bilden (vgl. Ueli Kieser: Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades, in: Kieser [Hrsg.], Validen- und Invalideneinkommen, St. Gallen 2013, S. 58 mit Fn. 31). Wird die Parallelisierung beim Valideneinkommen vorgenommen, ist dieses um 5 % unter dem massgebenden, an die Lohnentwicklung und durchschnittliche Wochenarbeitszeit angepassten Wert der entsprechenden Branche gemäss Tabelle TA1 festzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_719/2011 vom 15. November 2011 E. 4.1; BGE 141 V 1 E. 5.6 und 5.7 S. 4). Den Ausgangspunkt der Parallelisierung bildet der Tabellenlohn der LSE 2014 für das Baugewerbe (Wirtschaftszweige 41 - 43), Kompetenzniveau 2, Frauen, von CHF 5'618.00. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann bei einer abgeschlossenen Lehre nicht auf das Kompetenzniveau 3 abgestellt werden, denn die Rechtsprechung geht von einer grundsätzlichen Kontinuität der Lohnstrukturerhebungen

«bis 2010» und «ab 2012» aus (vgl. BGE 142 V 178), und dem früheren Anforderungsniveau 3, welches einen Lehrabschluss voraussetzte, entspricht nunmehr das Kompetenzniveau 2 (vgl. ausführlich dazu das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2018.7 vom 24. September 2018 E. II. 4.4, abrufbar unter www.so.ch). Nach Anpassung an die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit im Baugewerbe im Jahr 2016 von 41,4 Stunden sowie an die Lohnentwicklung im Baugewerbe von 2014 (Index 102,8) bis 2016 (Index 102,9) resultiert ein Jahreslohn von CHF 69'843.00, nach Abzug der 5 % ein (parallelisiertes) Valideneinkommen von CHF 66'351.00. Verglichen mit dem Invalideneinkommen von CHF 54'520.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 18 %. 8.4 Bei einem Invaliditätsgrad von 18 % hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Vor diesem Hintergrund kann offenbleiben, ob und wenn ja wie der Umstand, dass die Beschwerdeführerin am 1. Mai 2017 eine Anstellung zu einem Jahreslohn von CHF 60'790.00 (zuzüglich allfälliger Bonus) antreten konnte (vgl. IV-Nr. 34), prinzipiell zu berücksichtigen wäre und ob dies zu einem niedrigeren Invaliditätsgrad führen würde. 9. Die Beschwerdeführerin macht auch und in erster Linie einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen geltend. Diesbezüglich ist jedoch ebenfalls festzustellen, dass es ihr gelang, eine Anstellung zu finden, welche sie am 1. Mai 2017 antreten konnte und bei der ein Bruttolohn von CHF 60'970.00 pro Jahr (plus allfälliger Bonus) vereinbart wurde (vgl. IV-Nr. 34), also deutlich mehr als der Jahresverdienst von CHF 52'585.00, den die Beschwerdeführerin im Jahr 2016 ohne Behinderung beim früheren Arbeitgeber im Gesundheitsfall erzielt hätte (vgl. IV-Nr. 10). Bei einem Jahresverdienst von CHF 60'790.00 im Alter von 24 Jahren konnte mit Blick auf die zu erwartende Lohnentwicklung (vgl. LSE 2014, Tabelle T17) davon ausgegangen werden, die Beschwerdeführerin werde mittel- und längerfristig einen Verdienst im Bereich des parallelisierten Valideneinkommens (vgl. E. II. 8.3.2 hiervor) erreichen und sei hinreichend eingegliedert. Diese Anstellungs- und Verdienstsituation blieb bis zum Erlass der Verfügung vom 25. Oktober 2017, welche den Gegenstand der gerichtlichen Prüfung in zeitlicher Hinsicht begrenzt (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220), unverändert. Die Beschwerdegegnerin hatte bis zu diesem Zeitpunkt keinen Anlass mehr, berufliche Massnahmen zu prüfen, da von einer gelungenen Eingliederung auszugehen war. Die Frage, ob sich diese Situation mit der Kündigung der Anstellung, welche kurz nach dem Erlass der Verfügung erfolgte und der Beschwerdegegnerin am 21. November 2017 mitgeteilt wurde (IV-Nr. 39), grundlegend geändert hat, ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu beurteilen. Dieser Umstand wäre mittels Neuanmeldung geltend zu machen, wobei vorliegend nicht zu prüfen ist, ob das Schreiben vom 21. November 2017 eine solche enthält. Die Beschwerdegegnerin hat somit auch einen Anspruch auf berufliche Massnahmen zu Recht verneint und die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen. Vor diesem Hintergrund kann offenbleiben, ob die invaliditätsmässigen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen erfüllt wären, insbesondere ob bei der Bemessung der für den Umschulungsanspruch vorausgesetzten Verdiensteinbusse in der Grössenordnung von ungefähr 20 % (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110 f., 130 V 488; angesichts des sehr jungen Lebensalters der Beschwerdeführerin würde ein Invaliditätsgrad von 18 % wohl ausreichen) die Grundsätze zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen, welche primär zur Beurteilung des Rentenanspruchs entwickelt wurden, ebenfalls gelten. 10. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund

pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Auf das Einholen eines – wie vom Beschwerdeführerin beantragt (vgl. E. I. 2 Ziff. 4 hiervor) – polydisziplinären Obergutachtens (internistisch, orthopädisch, psychiatrisch) kann verzichtet werden, da von einem solchen keine weiterführenden Angaben zu erwarten sind. 11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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