

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00185 vom 15. Mai 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00185](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00185)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00185 du 15 mai 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00185 del 15 maggio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertel s rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E.

6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei i der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S.

121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a des Ver ordnung über die Invalidenversicherung ( IVV ) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E.

6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Ände rung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstu fung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Ver gleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Renten beginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E.

2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E.

3.5). Spricht die Verwaltung der versi cher ten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die un be stritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blei ben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbungsweise geregelten Zeit raum und damit sowohl

die Zuspriechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.1**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einer widersprechenden medizinischen Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E.

5.1; 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S.

30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl.

1994, S.

24 f.).

#### **E. 1.4.2**

Die Rechtsprechung, wonach das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von der Einschätzung der medizinischen Experten abweicht, hat den Beweiswert von Gerichtsgutachten zum Gegenstand und findet auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen keine Anwendung. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, so fern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Im Übrigen ist richtig, dass an die Unparteilichkeit auch der versicherungsinternen Gutachterinnen und Gutachter ein strenger Massstab anzulegen ist. Daraus ergibt sich jedoch nicht, dass die in Art. 23 OG enthaltenen generellen Ablehnungsgründe Anwendung zu finden hätten (BGE 123 V 331 E. 1c mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Die Kosten des Beschwerdeverfahrens seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin für die im Zusammenhang mit dem geführten Beschwerdeverfahren entstandenen anwaltlichen Aufwendungen eine angemessene Entschädigung (zzgl. 8 % MWST und Auslagen) zu bezahlen.“

Die IV-Stelle schloss am 25. März 2014 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 1. April 2014 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde.

### **E. 2.1**

SUVA -Arzt Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, schilderte im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 14. Juni 2010 (Urk. 7/45/279-282) eine verminderte Belastungstoleranz des rechten Kniegelenks bei Entwicklung einer femorotibialen lateralen Arthrose und Femoropatellararthrose nach lateraler Tibiakopfspaltimppressionsfraktur. Er führte aus, die Beweglichkeit habe sich im Vergleich zu den früheren Angaben verbessert und die Beschwerdeführerin setze die verbliebene Leistungsfähigkeit adäquat ein, müsse eventuell bezüglich Belastbarkeit bei sportlichen Aktivitäten vielleicht eher mal zu einer Zurückhaltung angehalten werden. Mittelfristig müsse mit einer Progression der arthrotischen Veränderungen im rechten Kniegelenk gerechnet werden, sodass auch eine endoprothetische Versorgung erforderlich werde. Aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin sollte man natürlich alles unternehmen, um diesen Zeitpunkt soweit als möglich hinauszuschieben.

Dr. Y.\_\_\_\_ beschrieb folgendes Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit: Leichte wechselbelastende Tätigkeiten ganztags, wobei die einzelnen stehen und gehenden Anteile 15 min. nicht übersteigen sollten; dabei kein Tragen und Hantieren von Lasten über 7.5 kg; Treppensteigen sollte weitgehend vermieden werden; kein Gehen auf unebenem Gelände; keine Tätigkeiten in kniender und hockender Position (S. 3).

### **E. 2.2**

Kreisarzt Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, verwies in seinem Bericht vom 8. Mai 2012 (Urk. 7/45/54-60) über die Untersuchung vom selben Tag auf eine geringe Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks in Extension und Flexion sowie eine vermehrte mediale Aufklappbarkeit im Seitenvergleich. Er führte weiter aus, in den bildgebenden Befunden (Röntgen und MRI) zeigten sich eine Chondropathia Grad III-IV im lateralen femorotibialen Kompartiment mit Inkongruenz der Knochenoberfläche sowie zentralem Knochenstrichplateaeinbruch mit Knochenmarködem und Geröllzysten. Darüber hinaus bestünden eine Aussenmeniskusmazeration im Vorderhorn, eine Chondropathia

patella Grad II am medialen Tibiaplateau und ein volumenreduzierter Innenmeniskus ohne sichere erneute Rissbildung. Im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Juni 2010 (E. 2.1) zeigten sich keine relevanten Differenzen der funktionellen Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenkes.

### **E. 2.3**

In seiner ersten Stellungnahme vom 30. August 2012 (Urk. 7/50) führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, bis zum heutigen Zeitpunkt sei das rechte Knie insgesamt sieben Mal operiert worden. Es finde sich eine Pangonarthrose lateralbetont mit einer Beinverkürzung rechts von gut 2 cm und nun mit Auswirkungen der varischen Überkorrektur im rechten Tibiakopf in die rechte

Hüfte sowie in das rechte obere Sprunggelenk (OSG). Die SUVA-Beurteilung durch Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ sei unvollständig: Die schlechte Stellung des rechten Rückfusses werde bei spielsweise nicht erwähnt, die Überkorrektur der Varisation ebenfalls nicht. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe recht eigentlich eine invalidisierende Situation mit einer Gehstrecke von knapp 15 min. (S. 6).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass aufgrund der etablierten Femoropatellar arthrose eine ganztägige sitzende Tätigkeit nicht mehr in Frage komme. Zumutbar sei eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, vermehrt Pausen einzulegen, herumzugehen oder abzulegen. Nicht zumutbar seien längere Gehstrecken über 50 m und Tragen von Gewichten über 5 kg. Eine solche der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei heute aufgrund der oben genannten Einschränkungen höchstens noch in einem 50 % Pensum zumutbar (S. 6 f.).

In therapeutischer Hinsicht diskutierte er zwei Optionen: Eine Rekorrektur der Varisation sowie das Einsetzen einer Knie totalendoprothese rechts nach Rekorrektur der Übervarisation im Tibiaplateau, deren Erfolg er nach all den vorher gegangenen Operationen indes anzweifelte (S. 7).

#### **E. 2.4.1**

Im Bericht vom 6. Mai 2013 (Urk. 9/1) über die Untersuchung vom 10. April 2013 verwiesen die Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ auf die geklagten Beschwerden und führten aus, die Beschwerdeführerin beschreibe Schmerzen, welche nach kurzer Belastungszeit des Kniegelenkes zunähmen. Das Knie blockiere. Sie verspüre einen Kraftverlust. Längeres Sitzen und längeres Stehen seien nicht mehr möglich. Dann würden die Schmerzen zu stark und sie müsse aufstehen und etwas hin und her gehen. Gegen Nachmittag schwellte das Knie an. Dann bekomme sie ein hartes Gefühl im Kniegelenk. Sie ver helfe sich mit Cold -Packs, mache noch Physiotherapie, welche aber nach Abschluss des Zyklus in eine MTT (Medizinische Trainings-Therapie) übergeführt werde. Zusätzlich werde im Moment auch mit Nadeln behandelt, was aber nicht weiter helfe, Medikamente nehme sie keine. Sie benötige auch keine Hilfsmittel wie Schienen, Bandagen oder Stöcke. Die Nachtruhe sei gestört, nach etwa einer bis zwei Stunden Schlaf erwache sie wegen Schmerzen und müsse sich umlagern. Seit dem ewigen Hin und Her verspüre sie auch Schmerzen im rechten Fuss und Ziehen in der rechten Schulter mit Einschlafgefühl. Sportlich könne sie nichts mehr machen ausser den Übungen im Trainingszentrum (S. 3 f.).

#### **E. 2.4.2**

Die Befunde im rechten Kniegelenk schilderten sie wie folgt: „Im Stehen Valgusstellung des linken Kniegelenkes. Rechts deutliche Varusstellung im Kniegelenk. Beweglichkeit rechts Extension/Flexion 0/0/120°, links 0/0/140°. Streckhebung beidseits kräftig durchführbar.“ Sie fügten an, am rechten Kniegelenk befinde sich eine langgezogene gerade laterale Narbe entlang der Patella bis zum Tibiakopf, medial im Bereich des Pes anserinus eine gebogene kranio-lateral konvexe Inzisionsnarbe. Beide Narben seien reizlos. Daneben seien diverse reizlose Inzisionsnarben nach den Arthroskopien sichtbar. Lateral der langgezogenen lateralen Narbe bestehe eine Hypästhesie, etwas weniger auch zwischen den beiden Narben unterhalb der Kniescheibe und distal der gebogenen Narbe am medialen proximalen Tibiakopf. Palpatorisch gebe es keine Ergussbildung des rechten Kniegelenkes, keine tanzende Patella, diese liege mit normalem zentriertem Tracking. Bei der Stabilitätsprüfung beidseits bestehe ein leichtes Lachman Zeichen 1+, aber mit gutem

Anschlag. Im rechten Knie bestehe mit medialer Auf- und Zuklappbarkeit

endgradig ein harter Anschlag, links stabile Verhältnisse der Seitenbänder. Der Pivot Shift sei wegen Schmerzabwehr nicht prüfbar. Bei Lachman von 1+ mit gut spürbarem Anschlag sowie symmetrischer Schubladeprüfung mit knapp 1+ dürfte auch der Lachman-Test negativ ausfallen (S. 4).

### **E. 2.4.3**

Die aufliegenden Röntgen- und CT-Bilder kommentierten sie (ab 2012) wie folgt (S. 6):

MRI rechtes Knie vom 2. Februar 2012: „Lateral eingesunkene Gelenksfläche. Darunter deutliches Knochenödem im lateralen Tibiakopf. Die Osteotomiezone ist teilweise noch sichtbar, im Gesamten aber durchgebaut. Praktisch kein Knorpel mehr am lateralen Kondylus und an der lateralen Tibia in der Druckbelastungszone. Vorderes Kreuzband in der Kontinuität erhalten. Hinteres Kreuzband intakt. Medialer Meniskus in der Breite verkürzt, lateraler Meniskus am freien Rand ausgefranst. Meniskuszyste im Vorderhornbereich.“

Computertomographie rechtes Knie mit 3D-Rekonstruktion vom 18. Mai 2012:

„Gegenüber der MRI-Untersuchung stellen sich die Knochenstrukturen im CT besser dar. Man sieht die Varusverkipfung des medialen Tibiaplateaus gegenüber der Unterschenkelachse. Man sieht auch die Inkongruenz der lateralen Tibiafläche. Der anteriore mediale Teil der Gelenksfläche ist nicht mehr anatomisch konvex, sondern imprimiert und konkav. Der Schaden dehnt sich über drei Viertel der Gelenksfläche aus. Die mediale Gelenksfläche zeigt ebenfalls Unregelmäßigkeiten bei noch intakter anatomischer Ausbildung.“

Knieapbeidseits und rechtes Knie seitlich vom 17. August 2012: „Wie auf den früheren Röntgenaufnahmen ist das Tibiaplateau in Varus. Die Osteotomie ist geheilt. Gegenüber den Aufnahmen vom 2.1.2009 ist die Knochenstruktur normalisiert, die osteopenische Entkalkung ist wieder kompensiert. Die Arthrose ist im Vergleich zu den Voraufnahmen, insbesondere des Orthoradiogrammes vom 7.12.2010 gleich geblieben.“

### **E. 2.4.4**

Zum Zumutbarkeitsprofil einer Arbeitstätigkeit hielten die Ärzte fest, im Vergleich zu den beiden kreisärztlichen Voruntersuchungen (E. 2.1-2.2) habe sich die Situation weder klinisch noch radiologisch wesentlich verändert. Die aktuelle Zumutbarkeit entspreche den früheren Einschätzungen: Leichte wechselbelastende Tätigkeiten seien ganztags möglich. Die einzelnen Phasen mit stehen der und gehender Tätigkeit sollten 15 min. nicht übersteigen. Gehen auf unebenem Gelände sei selten zumutbar. Treppen- und Leiternbesteigen sei selten zumutbar. Tragen von Lasten über 7,5 kg sei nicht zumutbar. Tätigkeiten in knien der und hockender Position seien nicht zumutbar (S. 7).

### **E. 2.5**

Am 31. Mai 2013 (Urk. 9/2) widersprach Dr. A. \_\_\_ dieser Einschätzung und führte aus, sowohl das MRI des rechten Kniegelenks vom 2. Februar 2012 wie auch das CT des rechten Kniegelenks vom 18. Mai 2012 zeigten eine Sklerose mit Zysten. Im CT-Befund fänden sich intraossäre Zysten im medialen Femurkondylus

anterior und am lateralen Tibiaplateau finde sich eine Sklerose subchondral und intraossäre Zysten angrenzend an die Gelenksfläche. Im MRI vom 2. Februar 2012 fänden sich in der

Beurteilung unter 2. „resp. Plateau einbruch mit Knochenmarködem und Geröllzysten.“ Wenn man hier den Kellgren -Lawrence-Score richtig anwende, finde sich eine Sklerose mit Zystenbildung, das er gebe 3 Punkte, und es gebe einen Gelenkspalt, der fortgeschritten ver schmä lert sei, das er gebe 2 Punkte, die Osteophyten ergäben 1 Punkt und die deutliche De formierung er gebe 2 Punkte. Zusammengefasst erhalte man dann 8 Punkte und das Knie falle damit in den Grad III nach dem Kellgren -Lawrence-Score, welcher Folgendem entspreche: „Knorpelschaden mit deutlich erkennba ren Knor pel verlusten , Knorpelabbrüchen und Schädigung aller Knorpelschichten bis auf den Knochen reichend.“ Das sei vorliegend der Fall (S. 2).

Dr. A.\_\_\_\_ bestritt namentlich die Aussage, dass sich im Vergleich zu den beiden kreisärztlichen Untersuchungen 2010 und 2012 die Situation weder klinisch noch radiologisch wesentlich verändert habe und wies auf die Ausführun gen von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ hin (E. 2.2, unter anderem Beschreibung von Geröllzys ten ). Er schloss auf eine klare Progredienz der Arthrose seit der letzten Beurtei lung. Das Zumutbarkeitsprofil befand er für nicht haltbar (S. 3).

### **E. 2.6**

In ihrer Beurteilung vom 22. Juli 2013 ( Urk. 9/3) führten die Dres . B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ aus, beim Vergleich der funktionellen Fähigkeiten und Einschränkungen mit denjenigen der kreisärztlichen Untersuchung durch Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ fänden sich keine wesentlichen Unterschiede. Die Beugung des rechten Kniegelenkes sei unverändert 120°, die Streckung sei unverändert voll erreicht. Die Differenz der Muskelumfangmasse habe bei der Messung durch Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ je nach Höhe der Messung 0.5 bis 2 cm zu Ungunsten der rechten Seite betragen. Bei der Untersuchung am 10. April 2013 seien die Differenzen ebenfalls 1 cm zu Ungunsten der rechten Seite gewesen. Die Umfangmessung der Kniegelenke habe im Jahr 2012 eine Verdickung rechts von 2.5 cm und aktuell 2 cm ergeben . Beide Untersuchungen hätten die gleichen Instabilitäten und keinen Gelenks erguss ergeben. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass die klini schen Befunde sicher keine wesentlichen Verschlechterungen zeigten, eher so gar eine geringe Verbesserung (S. 2).

Die Ärzte führten weiter aus, die MRI-Bilder vom 2. Februar 2012 zeigten die Knorpelbeschädigungen lateral. Im lateralen Tibiakopf seien die Schraubenlö cher nach den Osteosynthesen sichtbar, sie seien mit Flüssigkeit gefüllt. Flüssig keitsansammlungen (Ödeme) seien auch im weiteren Bereich des lateralen Tibi akopfes zu sehen. Die MRI-Bilder zeigten aber auch, dass die Situation auf der Innenseite des Gelenkes viel besser sei. Hier sei der Knorpel praktisch vollstän dig erhalten, der mediale Meniskus und die Bänder seien intakt. Auch das dritte Kom partiment, das Femoro -Patellargelenk , zeige wenig Pathologisches, eine leichte Knorpelverdünnung kondylär , sonst aber keine Anzeichen einer Arth rose . Würde man sich allein auf das MRI abstützen, müsste man einen viel ge ring e ren Arthrosegrad schätzen, da das mediale und das retropatelläre Kompar timent fast normal zur Darstellung kämen. Nur auf das MRI gestützt würde man sogar von einer femoro-tibialen Arthrose und nicht von einer Pangonarthrose sprech en (S. 5).

### **E. 2.7.1**

Am 4. September 2013 ( Urk. 3/2) schilderte Dr. A.\_\_\_\_ die anlässlich der Untersuchung vom 28. August 2013 erhobenen Befunde wie folgt:

„Die Explorandin geht mit einem deutlichen Schon- Duchenne -Trendelenburg-Hinken auf der rechten Seite. Das ganze rechte Bein macht einen kurvierten Eindruck. Insbesondere ist der Rückfuss auf der rechten Seite deutlich varisch , links besteht hier dagegen ein unauffälliger Befund bzw. der Rückfuss links ist plantigrad . Die Poplitealfalte auf der rechten Seite ist deutlich tiefer als links. Die Patientin macht beim normalen Dastehen eine Ausweichhaltung indem sie auf dem durchgestreckten linken Bein steht. Im Sitzen betrachtet sind die bei den

Oberschenkel gleich lang (S.

1 f.). Kniebeweglichkeit rechts: Flexion  $120^\circ$ , Extension voll. Die Flexion von  $120^\circ$  ist aber äusserst schmerzhaft. Bei der Flexion von  $120^\circ$  zeigt sie Schmerzen im vorderen Knieanteil medial. Die Flexion von  $120^\circ$  kann keine Minute ausgehalten werden wegen der Schmerzhaftigkeit. In Streckstellung findet sich ein + - ++ Aufklappbarkeit medial. Der Lachman ist +, der Zohlen ist eindeutig positiv. Die mediale Druckdolenz ist erträglich, lateral am Gelenkspalt sowie peripatellär ist die Druckdolenz am ausgeprägtes ten . Zum jetzigen Zeitpunkt besteht kein Knieerguss. Das Knie ist wegen dem Muskel tonus praktisch nicht untersuchbar. Die Oberschenkelumfänge zeigen 15 cm und

#### **E. 2.7.2**

Dr. A.\_\_\_\_ kritisierte, dass die Ärzte der SUVA auf die Varusstellung des Kniegelenks und die daraus resultierende Varusstellung des Rückfusses, auf die Beinverkürzung von gut 2 cm und die damit generierten thorakalen Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht eingegangen seien (S. 3).

#### **E. 2.7.3**

Er verwies sodann auf ein aktuelles Röntgenbild (vom 23. August 2013), welches eine starke Mineralisationsstörung im Tibiakopf rechts zeige, die Achse des Tibia plateaus bzw. die Gelenkfläche des Tibiaplateaus sei um gute  $18^\circ$  abgekippt nach

medial. Medial fänden sich am Tibiaplateau jetzt mehr als deutliche Osteophyten , wulstartig, ebenfalls medial am Femurkondyl . Der Gelenkspalt medial existiere praktisch nicht mehr. Auf der lateralen Seite finde sich am Tibiaplateau auch eine ausgeprägte Osteophytenbildung . Das ganze Knie stehe mit dieser Fehlstellung nach Tibiakopfosteotomie im Varus . Der Femur

shifte bereits deutlich, d.h. über 4 mm nach medial über das Tibiaplateau hinaus. Die Patella stehe gegen über links deutlich tiefer und sei nach lateral geschiftet . Er schloss, die Arthrose habe insbesondere medial deutlich zugenommen (S. 4).

#### **E. 2.7.4**

Betreffend Zumutbarkeitsprofil hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, die Knieflexion von  $120^\circ$  sei für die Beschwerdeführerin extrem schmerzhaft. Es könne auch ein Sitzen mit normal gebeugtem Knie von etwa  $90^\circ$  nur für knappe 10 min. ausgehalten werden. Es bestehe weiterhin eine invalidisierende Situation mit einer Gehstrecke von knapp 15 min. Ideal wäre eine wechselbelastende Tätigkeit, wo sie in Intervallen von 10-15 min. stehen, sitzen oder herumgehen könnte. Nicht mehr zumutbar seien kniebelastende Tätigkeiten, Besteigen von Leitern und Gehen auf unebenen Böden. Ebenfalls seien längere Gehstrecken über 50 m und Tragen von Gewichten über 5 kg körpernah nicht zumutbar. Aufgrund von neu aufgetretenen Becken-, Iliosakralgelenk - (durch Beinverkürzung und Abkippen des

Rückfusses sowie dadurch hervorgerufene Kompensationsbemühungen) so wie Rückenbeschwerden sei eine vornübergeneigte Tätigkeit nicht mehr zumutbar (S. 5 f.).

Weiter sei aufgrund der im rechten Knie auch beim unbelasteten normalen Stehen und Gehen und, wie ausgewiesen, auch beim normalen Sitzen, ohne dass da bei irgendwelcher Arbeitstätigkeit ausgeführt werde, nach gut 10 min. eine starke Schmerzsituation vorhanden, die erstens zum Haltungswechsel zwingt und längerfristig sich allein dadurch nicht beherrschen lasse. Hier seien ganz klar längere Pausen der vollständigen Entlastung (Liegen) nötig. Aufgrund dieses klar ausgewiesenen vermehrten Pausenbedarfs sei ein Ganztagespensum unrealistisch. Es werde deshalb aufgrund des oben Geschilderten nur noch ein halbes Pensum erreicht. Idealerweise sollte dieses Pensum nicht am Stück, d.h. nicht über eine Zeit von 4 ¼ Stunden geleistet werden, sondern ideal aufgeteilt in 2 x 2 1/8 Stunden (S. 6).

### **E. 2.8**

In ihrer Beurteilung vom 28. Oktober 2013 (Urk. 9/4) nahmen die Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vorweg zum neuen Röntgenbild (E. 2.7.3) Stellung und hielten fest, die Gelenkspalten medial und lateral seien gleich breit. Die Osteophyten kämen in gleicher Größe zur Darstellung. Auch der Kalksalzgehalt habe sich nicht verringert (S. 2).

Zu der von Dr. A.\_\_\_\_ beschriebenen Beinlängendifferenz führten die Ärzte aus, die beiden Kniegelenke hätten voll gestreckt werden können. Auch Dr. A.\_\_\_\_ bestätigte in seinen Berichten, dass das rechte Kniegelenk eine volle Extension zeige. Die 0-Bein-Fehlstellung - entstanden durch die Korrektur-Osteotomie - habe nicht zur erkennbaren Beckenkipfung geführt, das heiße,

eine klinisch relevante funktionelle oder reelle Beinverkürzung rechts habe nicht vorgelegen. Es habe sich denn auch ein horizontales Becken gezeigt. Die Wirbelsäule sei im Lot und auch der Schulterstand horizontal gewesen. Da mit liege weder eine reelle noch funktionelle Beinverkürzung vor (S. 5).

Die Ärzte verwiesen sodann auf festgestellte statische Veränderungen im Rückenbereich, namentlich eine ventrale Beckenkipfung, eine lumbale Hyperlordose und ein thorakaler Flachrücken. Sie führten aus, es handle sich um wachstumsbedingte, oft familiäre Formvarianten des Achsenskelettes. Diese Veränderungen führten gehäuft zur Schmerzsymptomatik im Rücken und Iliosakralgelenk (ISG). Der ganze Beschwerde-Komplex sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Folge des Unfalls, sondern dieser Haltungsveränderungen des Achsenskelettes (S. 5).

Das von Dr. A.\_\_\_\_ geschilderte Schonhinken bestätigten die Ärzte, nicht aber das Duchenne-Trendelenburg-Hinken, welches bei Hüftbeschwerden bzw. Schwäche der Hüftmuskulatur auftritt (S. 6).

In Bezug auf die thematisierte Rückfussproblematik schilderten die Ärzte einen plantigraden

Rückfuss, das heiße, der Winkel zwischen Rückfuss und Unterschenkel sei normgerecht. Auch seien aus der Vorgeschichte weder Erkrankungen noch Verletzungen des Fusses zu erheben. Durch die 0-Beinstellung im Knie/Unterschenkel rechts (verursacht durch die Osteotomie) komme es beim Aufsetzen des Fusses zur Überlastung der Aussenseite, was die Beschwerden der Versicherten erkläre (S. 7).

### **E. 2.9**

Am 14. März 2014 (Urk. 9/5) verwies Dr. A.\_\_\_\_ vorweg auf die bildgebenden Untersuchungsresultate des PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt Radiologie, E.\_\_\_\_, vom 4. März 2014 (Urk. 9/6), wo schwere degenerative/posttraumatische Veränderungen im rechten Kniegelenk im lateralen, etwas weniger auch im medialen Gelenkspalt geschildert worden seien (S. 1).

Dr. A.\_\_\_\_ hielt sodann am Befund einer funktionellen Beinverkürzung fest und verwies auf die Untersuchungsresultate des PD Dr. D.\_\_\_\_, welcher das Entstehen einer Fehlbelastung des rechten Rückfusses aufgrund der Varusfehlstellung des rechten Knies geschildert hatte. Er hielt fest, im Liegen gemessen sei am medialen Malleolus das rechte Bein gut 1 cm kürzer. Die Beschwerde fühlerin zeige ein deutliches Verkürzungs- und Schonhinken, es imponiere wie ein Duchenne-/Trendelenburghinken, da sie mit dem Becken bei jedem Schritt etwas abkippe. Die funktionelle Mehrbelastung mit resultierenden Schmerzen im rechten ISG und tieflumbal sei klar eine Folge des hier relevanten Unfalls bzw. der daraus resultierten Beinverkürzung rechts (S. 2).

### **E. 2.10**

Am 28. April 2014 (Urk. 9/7) kommentierten die Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ die neusten Untersuchungsresultate und führten aus, die neuen Röntgenbilder des Kniegelenks vom 4. März 2014 zeigten im Vergleich mit den verschiedenen Voraufnahmen keine Zunahme der degenerativen Veränderungen. Die Gelenkspalten seien gleich breit erhalten, die Osteophyten hätten nicht zugenommen (S. 2).

Die vom Radiologen im Kurzbericht vom 4. März 2014 gemachte kursorische Aussage, es handle sich um „schwere degenerative posttraumatische Veränderungen im rechten Kniegelenk“, sei nicht nachvollziehbar. Der Radiologe begründe seine Einschätzung nicht. Insbesondere quantifiziere er die Arthrose nicht anhand eines gebräuchlichen Scores (S. 3).

Zur Thematik der Rückfuss-Achsen hielten die Ärzte fest, Winkeldifferenzen zwischen 1 bis 3°, wie in den Röntgenbildern vom 4. März 2014 gemessen, wirkten sich klinisch nicht aus. Sodann sei die Aussage des Radiologen „Aufgrund der Varusfehlstellung des rechten Knies entsteht aber eine Fehlbelastung des rechten Rückfusses. Diese relative Fehlstellung kommt in den Rückfussmessungen nicht zum Ausdruck, da die Rückfussachse in Bezug auf die Tibiaachse gemessen wird, ohne Berücksichtigung der Knieachsen.“ falsch. Denn die Varus-Stellung sei nicht im Kniegelenk, sondern in der Tibia lokalisiert. Die Osteotomie sei ausserhalb und unterhalb des Kniegelenkes - in der Fachsprache extra-artikulär - durchgeführt worden. Eine zusätzliche Fehlstellung des Kniegelenkes bestehe nicht, wie alle Röntgenaufnahmen des Kniegelenkes zeigten. Der mediale Kniegelenkspalt bleibe bei Belastung normal breit und werde nicht schmaler (S. 4).

In Bezug auf die Beinlängendifferenz verwiesen die Ärzte auf die neusten radiologischen Bilder, welche beidseits Beinlängen von 71.4 cm ergeben hätten. Der Achsenknick von 8° rechts führe aus geometrischen Gründen zur Verkürzung von 4 mm. Ein Unterschied von 4 mm liege im Bereich der Messgenauigkeit und unterhalb des klinisch erkennbaren Masses. Eine Beinlängendifferenz grösseren Ausmasses müsste sich zwingend in einem Beckenschiefstand manifestieren. Aber selbst der Radiologe habe bestätigt, dass das Becken in dem im Stehen durchgeführten Ortho-Radiogramm horizontal stehe (S. 4).

### **E. 2.11**

Dr. A.\_\_\_\_ fügte am 9. Juli 2014 ( Urk. 9/8) an, eine beigelegte Videosequenz zeige klar den unnatürlichen Gang der Beschwerdeführerin, es resultiere ein Verkürzungshinken durch die verstärkte Varusstellung des rechten Unterschenkels und ein klares Schiefen des Oberkörpers in der Belastungsphase auf die kranke Seite. Das Ganze imponiere wie ein leichtes Duchenne-Trendelenburg-Hinken. Die starke Varusfehlstellung im rechten Rückfuß sei augenfällig. Der ganze rechte Fuß werde nur noch auf der Aussenkante belastet. Es dürfte klar sein, dass dieser unnatürliche Gang zu Fuss-/ISG- und Rücken-Beschwerden führe. Man sehe ebenfalls deutlich, dass die Poplitealfalte (Querfalte hinten im Knie) auf der kranken, das heisst auf der rechten Seite deutlich tiefer stehe. Das auffällige Anheben der Zehen auf der kranken Seite zeige, dass ein Problem des Musculus

tibialis

anterior bestehe, da hier die Zehenheber zur Anhebung des rechten Fusses gebraucht würden. Die genaue klinische Untersuchung zeige, dass ein grosses Sensibilitätsdefizit am rechten Unterschenkel bestehe sowie ein Umfangdefizit von 2 cm (S. 2).

Eine ergänzende neurologische Abklärung ergab - bei geklagten neuropathischen Beschwerden - die Diagnose einer leichtgradigen

axonalen Läsion des Nervus

peroneus

superficialis rechts (Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 26. August 2014, Urk. 9/9). 3.

### **E. 3**

Mit Einspracheentscheid vom 25. Juli 2013 ( Urk. 7/ 60 ) sprach die SUVA der Versicherten eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsausfall von 13 % und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Einbusse von 20 % zu. Das Urteil im diesbezüglichen Beschwerdeverfahren ergeht mit heutigem Datum. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Angesichts der Anmeldung bei der Invalidenversicherung im Januar 2009 ( Urk. 7/3) stehen vorliegend Rentenleistungen ab 1. Juli 2009 im Raum ( Art. 29 Abs. 1 IVG). Dass die Beschwerdeführerin das Wartjahr erfüllt hatte und vollumfänglich arbeitsunfähig war, ist unbestritten und aufgrund der Akten auszuweisen.

So berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, am 3. Juni 2009 ( Urk. 7/45/399) über die von ihm am 29. Mai 2009 durchgeführte Operation ( infrakondyläre zu klappende Varisations-Osteotomie) und empfahl eine Teilbelastung an zwei Stöcken für vier Wochen samt Thromboseprophylaxe. Am 25. August 2009 ( Urk. 7/45/379-380) bestätigte er eine weiterhin anhaltende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Am 10. März 2010 ( Urk. 7/45/332) berichtete er über die von ihm am 5. März 2010 durchgeführte Osteosynthese-Materialentfernung Tibia rechts, Kontroll-Arthroskopie, offene mediale Retinaculum-Spaltung sowie laterale Retinaculum-Raffung und Narbenkorrektur. Am 19. März 2010 ( Urk. 7/45/329-330) bestätigte er weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit wie auch am 3. Mai 2010 ( Urk. 7/45/305-306), wobei er auf einen Arbeitsversuch (3 x 4 Stunden pro Woche) verwies.

Damit ist eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin jeden falls bis zur kreisärztlichen Untersuchung am 14. Juni 2010 (E. 2.1) ausgewiesen, weshalb sich die Zusprache einer ganzen Rente vom 1. Juli 2009 bis (mindestens) 30. September 2010 ( Art. 88a Abs. 1 IVV) als rechtens erweist.

### **E. 3.2.1**

Die durch den Unfall verursachten verbleibenden Restschäden am rechten Knie der Beschwerdeführerin sind - nach mehrfachen Operationen und Untersuchungen auch in bildgebender Hinsicht - ausgewiesen und grundsätzlich nicht bestritten. Die beim Unfall erlittene laterale Tibiakopfsplatt- Impressionsfraktur musste verschiedentlich operativ angegangen werden, wobei sich bis zuletzt kein befriedigendes Resultat einstellte.

### **E. 3.2.2**

Die Röntgen-, MRI- und CT-Bilder zeigten im Jahr 2012 eine Chondropathia Grad III-IV im lateralen femorotibialen Kompartiment mit Inkongruenz der Knochenoberfläche sowie zentralem Knochenstrichplateaueinbruch mit Knochenmarködem und Geröllzysten, daneben eine Aussenmeniskusmazeration im Vorderhorn, eine Chondropathia

patella Grad II am medialen Tibiaplateau und einen vollmen reduzierten Innenmeniskus (E.

2.2). Die Beschreibungen lauteten auch auf lateral eingesunkene Gelenksfläche, darunter Knochenödem im lateralen Tibiakopf, praktisch kein Knorpel mehr am lateralen Kondylus und an der lateralen Tibia, Meniskuszyste im Vorderhornbereich, Verkippung des medialen Tibiaplateaus, imprimierte und konkave Gelenksfläche über dreiviertel der Gelenksfläche (E. 2.4.3).

Auf den später erstellten Bildern (August 2013) waren eine Mineralisationsstörung im Tibiakopf rechts zu sehen, weiter eine abgekippte Achse des Tibiaplateaus bzw. der Gelenkfläche des Tibiaplateaus, Osteophyten, ein aufgehobener medialer Gelenkspalt und eine nach lateral geschiftete Patella (E. 2.7.3). Auf den im März 2014 erstellten Bildern wurden schwere degenerative/posttraumatische Veränderungen im rechten Kniegelenk im lateralen, etwas weniger auch im medialen Gelenkkompartiment geschildert (E. 2.9).

### **E. 3.2.3**

Auch die Beschwerdeschilderungen sind aktenkundig und unbestritten: Die Beschwerdeführerin beschrieb belastungsabhängige Schmerzen, Knieblockaden, Kraftverlust, Unmöglichkeit von längerem Sitzen und Stehen, Anschwellen des Knies gegen Nachmittag, gestörte Nachtruhe sowie Schmerzen im rechten Fuss wegen des Hinkens (E. 2.4.1).

In klinischer Hinsicht zeigte sich rechts eine mögliche Flexion bis 120° (links bis 140°), allerdings unter Schmerzen. Es bestanden sodann verschiedene reizlose Narben, Ergüsse waren nicht mehr zu sehen, hingegen zeigte sich eine verminderte Stabilität (E.

2.4.2). Weiter ergab sich ein Hinken sowie durch die Fehlstellung eine Fussproblematik beim Gehen (E. 2.7-11).

### **E. 3.3.1**

Bei grundsätzlich unbestrittenen Befunden sind sich die Parteien uneinig, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin in einer optimal knieschonenden Tätigkeit ab Juni 2010 noch arbeitsfähig ist. Währenddem die Ärzte der SUVA auf eine vollumfängliche

Arbeitsfähigkeit schlossen, ging Dr. A. \_\_\_ von einer hälftig eingeschränkten aus.

### **E. 3.3.2**

Vorwegzuschicken ist, dass die Berichte der Dres . B. \_\_\_ und C. \_\_\_ betreffend Einschätzung der Arbeitsfähigkeit den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entsprechen. So sind sie für die Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit umfassend, beruhen auf den erforderlichen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen auseinander, wurden in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den umfangreichen Vorakten abgegeben, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann.

Aufgrund der dargelegten Aktenlage, der geschilderten Beschwerden, der bildgebenden Untersuchungsergebnisse sowie der klinischen Befunde ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin keine kniebelastende Tätigkeit mehr ausüben kann, eine angepasste Tätigkeit indes noch ausführen kann. Dr. A. \_\_\_ begründete sein Arbeitsunfähigkeitsattest (50 % ) einzig damit, dass die Beschwerdeführerin vermehrter Pausen bedürfe, müsse sie doch auch beim unbelasteten normalen Stehen, Gehen und Sitzen - wegen Schmerzen - nach gut 10 min. die Haltung wechseln und liessen sich diese längerfristig nicht allein dadurch beherrschen; nötig seien längere Pausen der vollständigen Entlastung, in denen sie liegen müsse (E. 2.7.4).

### **E. 3.3.3**

Hierzu ist festzuhalten, dass das unbestrittene Zumutbarkeitsprofil gerade die entsprechenden Haltungswechsel beinhaltet, sind sich die Ärzte doch einig, dass nach 15 min. grundsätzlich ein Haltungswechsel nötig wird (zumindest nach stehen oder gehen, E. 2.1, E. 2.4.4 und E. 2.7.4). Dies überzeugt, ist doch in einer wechselnd sitzenden/gehenden/stehenden Tätigkeit eine Entlastung des betroffenen Knies ohne weiteres möglich und wird durch das formulierte Profil auch dem Umstand Rechnung getragen, dass sich bei abgewinkelm Knie (so namentlich bei 90° im Sitzen) nach einer gewissen Zeit Beschwerden bilden (E.

2.7.4). Dr. A. \_\_\_ unterliess es, in diesem Zusammenhang zu begründen, weshalb die Beschwerdeführerin nicht durch Hochlagern des Beines Entlastung erfahren kann. Geht man von der Zumutbarkeit einer grundsätzlich sitzenden Tätigkeit aus, welche die Möglichkeit bietet, aufzustehen (zum Beispiel mit Arbeit an einem Stehpult) und umherzugehen, kann die Beschwerdeführerin durch Verwendung einer Beinstütze auch während der Arbeit (beispielsweise am Computer oder am Telefon) die Position einnehmen, welche Dr. A. \_\_\_ verlangt und eine gestreckte Beinhaltung ermöglicht. Dass die Beschwerdeführerin deswegen den halben Arbeitstag liegen müsste, ist nicht nachvollziehbar und wurde denn auch nicht derartig geschildert. Damit ist grundsätzlich von einer vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. zur Annahme einer vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit auch bei nötigen Haltungswechseln des Beines: Urteil des Bundesgerichts 8C\_210/2010 vom 2. Juli 2010 E. 5).

Dass es der Beschwerdeführerin sehr wohl möglich ist, das Bein auch länger dauernd in einer sitzenden Haltung zu belassen, zeigt der Umstand, dass sie regel mässig nach H. \_\_\_ reist ( Urk. 7/45/362, Urk. 7 /45/277 , Urk. 7/45/108-109) . Der Flug dauert - sofern sie nicht gar den Landweg benützt - zweieinhalb Stunden. Eine Tätigkeit mit möglichen

Haltungswechseln ist offensichtlich wesentlich weniger belastend und demgemäss auch länger, d.h. vollzeitlich, zu mutbar.

#### **E. 3.4.1**

Zum Zeitpunkt des Eintritts der ausgewiesenen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verwies die Beschwerdegegnerin auf die Abklärungen der SUVA (Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 2) und namentlich auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 14. Juni 2010 (E. 2.1), in welcher die Beschwerdeführerin als vollzeitlich arbeitsfähig in angepasster Tätigkeit erachtet wurde.

#### **E. 3.4.2**

Der Verlauf nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Juni 2010 gestaltete sich derart, dass Dr. G.\_\_\_\_ am 17. August 2010 (Urk. 7/45/267) das genannte Zumutbarkeitsprofil bestätigte, in der Folge jedoch Schmerzen im Rahmen des Arbeitstrainings auftraten (Urk. 7/45/251, Urk. 7/45/224, Urk. 7/45/221,

Urk. 7/45/219, Urk. 7/45/236-238). Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, welchen die Beschwerdeführerin zwecks Zweitmeinung zur Weiterbehandlung konsultierte, bestätigte am 23. November 2010 (Urk. 7/45/205-206) das formulierte Zumutbarkeitsprofil bei stationärem Verlauf, ging aber einstweilen von einer noch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit (50%, je zwei Stunden vor mit tags und nachmittags) aus. Am 28. März 2011 (Urk. 7/45/129-130) berichtete er von geklagten Knieschmerzen samt Schwellung nach vier Stunden Arbeit und ging weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Am 7. Juni 2011 erfolgte eine erneute Knieoperation (Urk. 7/45/120-121), worauf Dr. I.\_\_\_\_

wieder eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 7/45/99, Urk. 7/45/82-83 und Urk. 7/45/74-75), ohne dies allerdings (in angepasster Tätigkeit) näher zu begründen. Mit kreisärztlichem Bericht vom 8. Mai 2012 (E. 2.2) wurden im Vergleich zur Untersuchung

im Juni 2010 (E. 2.1) keine relevanten Differenzen der funktionellen Beeinträchtigung geschildert, aufgrund einer neuerlich anstehenden Untersuchung ein Fallabschluss aber noch aufgeschoben. Nachdem der Spezialist der J.\_\_\_\_ am 21. Mai 2012 (Urk. 7/45/52-53) von einer prothetischen Versorgung - angesichts des noch jungen Alters der Beschwerdeführerin - einstweilen abgeraten hatte, bestätigte Kreisarzt Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ am 29. Mai 2012 (Urk. 7/45/49) das im Juni 2010 (E.

2.1) erstellte Zumutbarkeitsprofil.

#### **E. 3.4.3**

Bei dieser Sachlage steht fest, dass sich die im Juni 2010 dargelegte vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit vorerst nicht hatte verwirklichen lassen. So zeigten sich im Rahmen des teilzeitlichen Arbeitsversuchs schon bald objektivierbare Probleme und musste in der Folge eine erneute Operation am Knie vorgenommen werden, weshalb in dieser Phase offenkundig noch nicht von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Die behandelnden Ärzte attestierten in dieser Zeitspanne eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wovon auszugehen ist. Dass die Beschwerdeführerin dann gar vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sein soll, leuchtet indes nicht ein und entbehren die entsprechenden Atteste des Dr. I.\_\_\_\_ einer einlässlichen Be

gründung, namentlich in Bezug auf eine optimal leidensangepasste Tätigkeit.

Die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit rechtfertigt sich erst ab 29. Mai 2012, als Kreisarzt Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ das im Juni 2010 (E. 2.1) erstellte Zumutbarkeitsprofil (erneut) als zutreffend beschrieb. Vor dieser Festlegung wartete er die Einschätzung der Ärzte der J.\_\_\_\_ ab, welche jedoch zu keinen Weiterungen mehr führte. Auch wenn allenfalls schon vorher - nach der letzten Knieoperation vom Juni 2011 - medizinisch-theoretisch eine höhere Arbeitsfähigkeit bestanden haben sollte, ist im vorliegenden Kontext und der definitiven Festlegung durch den federführenden Kreisarzt erst ab dem genannten Zeitpunkt von der gesicherten Feststellung auszugehen, dass eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit besteht. 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin verwies betreffend Einkommensvergleich auf ein unter durchschnittliches Valideneinkommen und forderte die Reduktion des Invalideneinkommens auf die identische Höhe (vor Abzug vom Tabellenlohn, Urk. 1 S. 10 Ziff. 8). 4.2 4.2.1

In Bezug auf die Verhältnisse ab der Verbesserung per 2012 (vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit) ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführerin stützte sich auf die Berechnung der SUVA ab, welche auf Seiten des Valideneinkommens von einem Einkommen in Höhe von Fr. 49'800.-- ausging, welches demjenigen entspricht, welches der Beschwerdeführerin gemäss Auskunft der Arbeitgeberin bei (unfallbedingt nicht mehr möglichem) Antritt ihrer Stelle bei der K.\_\_\_\_ im Jahr 2012 (bei einem 100 % -Pensum) ausbezahlt worden wäre (Urk. 7/45/35-36) und welches dem bei Antritt der Stelle im Jahr 2007 vereinbarten (Urk. 7/45/157-159) samt regelmässigen Lohnerhöhungen (Urk. 7/45/155) entspricht. Dieses ist (per 2012) aufgrund der Akten ausgewiesen und blieb zu Recht unbestritten.

Zutreffenderweise qualifizierte die Beschwerdeführerin die Beschwerdeführerin als vollzeitlich Erwerbstätige, obwohl ihre letzte (vereinbarte aber unfallbedingt nicht angetretene) Arbeitsstelle lediglich ein Pensum von 80 % umfasste, da keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Beschwerdeführerin sich längerfristig mit einem Teilzeitpensum zufrieden gegeben hätte. 4.2.2

Zum Antrag der Beschwerdeführerin betreffend Parallelisierung ist Folgendes zu beachten: 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 bescheidenen Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohnentbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxismässig entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne

von BGE 134 V 322 E.

4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E.

6.1.2).

Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide

realistischerweise nicht den Tabellenlohn erzielen kann, weshalb ein entsprechend tieferes Invalideneinkommen anzunehmen ist (BGE 135 V 58 E.

3.4.3, Urteil des Bundesgerichts 9C\_488/2008 vom 5. September 2008 E.

6.4, zusammengefasst in: SZS 2008 S. 570; Urteile des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 7.2.2; I 630/02 vom 5. Dezember 2003 E. 2.2.2).

Bei der Durchführung der Parallelisierung ist mit Blick auf einen dem Grundsatz der Rechtsgleichheit genügende Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese - bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzieltem Lohn und branchenüblichem Durchschnittseinkommen - ab Erreichen des Erheblichkeitsgrenzwertes von mindestens 5 % gegebenenfalls eine sprunghafte Erhöhung des Invaliditätsgrades zur Folge hat. Es ist daher nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt, bezweckt doch die Parallelisierung praxisgemäss nur die Ausgleiche einer deutlichen - also nicht jeder kleinsten - Abweichung des tatsächlich erzielten Verdienstes vom tabellarisch bestimmten branchenüblichen Referenzeinkommen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3). 4.2.3

Nach der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 belief sich der Tabellenlohn für Frauen, welche im Bereich Detailhandel einfache und repetitive Tätigkeiten ausführen, auf Fr. 4'164.-- (Tabelle TA 1 Rubrik 47). Aufgezeichnet auf die massgebliche Arbeitszeit, welche dem Vergleichslohn bei der K. zugrunde liegt (41 Stunden pro Woche gemäss Landes-Gesamtarbeitsvertrag, abrufbar unter [www.migros.ch](http://www.migros.ch)) und unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung bis ins massgebende Jahr 2012 (Index 2579 auf 2630, Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S.

89 Tabelle B10.3) ergibt sich ein Jahreslohn von Fr. 52'230.-- (zur Massgeblichkeit des arbeitszeitbereinigten Minderverdienstes: zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_494/2014 vom 11. Dezember 2014 E.

5.6-7). Der von der Beschwerdeführerin (bei gleicher Arbeitszeit) erzielbare Lohn von Fr. 49'800.-- liegt demgemäss um 4.6 % unter dem branchenüblichen Tabellenlohn, weshalb eine Einkommensparallelisierung zu Recht unterblieben ist (E. 4.2.2). 4.3 4.3.1

Das Invalideneinkommen berechnete die Beschwerdegegnerin (in Anlehnung an die SUVA) ausgehend vom Tabellenlohn für einfache und repetitive Tätigkeiten über sämtliche Branchen, was nicht zu beanstanden ist. Ausgehend vom Lohn von Frauen von Fr. 4'225.-- ergibt sich unter Aufrechnung an die durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S.

88

Tabelle B9.2) sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (vgl. E. 4.1) ein mögliches Einkommen von Fr. 53'900.--. 4.3.2

Die Beschwerdegegnerin (gestützt auf die Berechnung der SUVA) gewährte einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) von 20 % , welcher nicht bestritten wurde.

Vorwegzuschicken ist, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf und diesfalls Gegebenheiten darlegen muss, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen) . Ein Abweichen ist grundsätzlich nur bei Unangemessenheit möglich (BGE 137 V 71 E. 5.1).

Der Beschwerdeführerin steht trotz ihrer Behinderung ein breites Betätigungsfeld - wohl am ehesten im administrativen Bereich - offen. So verfügt sie über gute Kenntnisse der deutschen Sprache, verfügt über EDV-Grundkenntnisse sowie über Erfahrung (auch) im administrativen Bereich (Lebenslauf, Urk. 7/45/457-458).

Nach der Rechtsprechung ist namentlich der Umstand, dass die versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die im Sitzen verrichtet werden kann und die Möglichkeit zu gelegentlichen Positionen wechseln bietet, ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind, im Hinblick auf den allein massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E.

4.2.1) nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8) . Auch das Angewiesensein auf das Entgegenkommen eines verständnisvollen Arbeitgebers (bei der Einrichtung des Arbeitsplatzes) stellt praxisgemäss kein anerkanntes eigenständiges Abzugskriterium dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_176/ 2012 vom 3. September

2012 E. 8

und 8C\_91/2013 vom 22. August 2013 E. 3.3.4 ) . 4.3.3

Damit ist der Abzug vom Tabellenlohn von 20 % nicht zu beanstanden. Auch bei einer zusätzlichen Berücksichtigung der Rückenproblematik und einer zusätzlichen Einschränkung (keine vorübergeleitete Tätigkeiten), ergäbe sich kein höherer Wert. Zusammenfassend resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 43'120.-- ( Fr. 53'900.-- x 0.8). 4.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 49 ' 800 .-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 43'120.-- ergibt eine Lohneinbusse von Fr. 6' 680 .-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 13 % . Dieser liegt unter der anspruchsbegründenden Schwelle von 40 % , weshalb die Beschwerdeführerin ab 1. September 2012 (Mai plus drei Monate gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung mehr hat. 4.5

In der noch offenen Periode Juni 2010 bis Mai 2012 ist von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Das Invalideneinkommen reduziert sich demgemäss auf Fr. 21'560.-- . Damit steht

(unter Vernachlässigung einer Rückrechnung auf das an sich anwendbare Lohnniveau 2010, da das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen

in gleicher Weise

davon betroffen ist) einem Valideneinkommen von Fr. 49'800.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 21'560.-- gegenüber, was einer Lohnbusse von Fr. 28'240.-- und damit einem Invaliditätsgrad von 57 % entspricht. Demgemäss steht der Beschwerdeführerin nach der unbestrittenen und ausgearbeiteten ganzen Rente (E. 3.1) ab 1. Oktober 2010 (Juni 2010 plus drei Monate) eine halbe Rente zu, welche bis 31. August 2012 zu befristen ist (E. 4.4). In diesem Sinn ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 5.5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss der überwiegend unterliegenden Beschwerdeführerin zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche auf Fr.

## **E. 8**

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 9/1-8 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub/Sonderegger

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