

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00170 vom 25. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00170

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00170 du 25 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00170 del 25 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Doris Ulrich, geboren 1962, war seit 1984 in der Praxis von Dr. Y. ___ im Umfang von 100 % bis November 1992 (Urk. 8/135) und sodann von 80 % als Arztgehilfin tätig und damit bei der Mobiliar gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie sich am 6. März 1993 bei einem Autounfall eine Femurfraktur rechts, eine Malleolarfraktur links und Rissquetschwunden (RQW) im Gesicht zuzog (Urk. 8/1 Ziff. 1-6, Urk. 8/25 Ziff. 5).

Mit Verfügung vom 4. Oktober 2000 (Urk. 8/245-252) sprach die Mobiliar der Versicherten ab 1. Januar 1999 bei einem Invaliditätsgrad von rund 91 % (S. 2 unten) und ab Februar 2000 bei einer solchen von 80 % (S. 4) eine Invalidenrente als Komplementärrente zu einer Rente der Invalidenversicherung (S. 3 f.) sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätsseinbusse von 20 % (S. 5 f.) zu.

Am 29. März 2004 wurde die Versicherte am rechten Knie mit einer Prothese versorgt (vgl. Urk. 8/442, Urk. 8/298-300). Die Mobiliar veranlasste sodann eine funktionsorientierte medizinische Abklärung durch das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene (I. ___), über die am 14. Juni 2005 berichtet wurde (Urk. 8/331-343). Ferner holte sie ein Gutachten ein, das von den Ärzten der Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsspital Z. ___ (Z. ___) am 16. Oktober 2007 erstattet (Urk. 8/379-383) und am 3. Januar 2008 präzisiert (Urk. 8/387) wurde.

Mit Verfügung vom 13. November 2008 (Urk. 8/425-426) setzte die Mobiliar die Invalidenrente revisionsweise auf 30 % herab. Dagegen erhob die Versicherte am 17. Dezember 2008 Einsprache (Urk. 8/428-429).

Daraufhin veranlasste die Mobiliar ein Gutachten, das von Dr. med. A. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, am 5. September 2009 erstattet (Urk. 8/443-473) und am 19. Mai 2010 ergänzt (Urk. 8/486-492) wurde.

Mit Verfügung vom 13. August 2010 setzte die Mobiliar die Rente auf 25 % ab September 2008 herab (Urk. 8/501-502). Dagegen erhob die Versicherte am 16. September 2010 Einsprache (Urk. 8/506-507).

Mit Einspracheentscheid vom 13. April 2011 (Urk. 2) wies die Mobiliar beide Einsprachen ab.

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 13. April 2011 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 30. Mai 2011 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 80 %, eventuell einem

niedrigeren, aber 25 % übersteigenden, Invaliditätsgrad zuzusprechen (Urk. 1 S. 1 unten).

Die Mobilier beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2011 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 21. Juli 2011 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Ist

1.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

1.2 Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen

2.3. Strittig und zu präzisieren ist somit, auf welche ärztlichen Beurteilungen abzustellen ist und wie es sich mit dem Invaliditätsgrad und dementsprechend mit dem Vorliegen von Revisionsgründen verhält.

3. Gestützt auf die am 5. Januar 2000 erstattete Beurteilung durch Prof. Dr. med. B. (Urk. 8/213-217) erfolgte im Oktober 2000 die Zusprache einer Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 91 % ab Januar 1999 und von 80 % ab Februar 2000 (vgl. Urk. 8/219, Urk. 8/245-252 S. 4).

Prof. B. nannte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Aussendrehfehlstellung Femur rechts von zirka 15°
- posttraumatische Verkürzung rechtes Femur von 15 mm
- posttraumatische Patella baja rechts
- posttraumatische Gonarthrose rechts
- Status nach Fraktur des Innenknöchels mit Osteosynthese links

Anamnestisch hielt Prof. B. fest, die Beschwerdeführerin sei nunmehr wieder im Umfang von 19-20 % als Arztgehilfin tätig (S. 1). Die Befunde hielten sich gegenwärtig recht stabil. Der Zustand der Patientin erscheine gegenwärtig doch soweit ausgewogen, dass man an dem eher labilen Gleichgewicht nicht rütteln sollte. Nach einer gewissen Zeit könnte am ehesten eine Kniegelenkprothese eine Verbesserung bringen, jedoch sollte man diesen Eingriff so lange wie möglich zurückstellen (S. 2 Ziff. 3).

E. 4

4.1. Vom 28. März bis 2. April 2004 war die Beschwerdeführerin hospitalisiert und am 29. März 2004 implantierte PD Dr. med. C. am rechten Knie eine femoropatelläre Prothese (vgl. Urk. 8/343 unten). Fragen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/298-299) beantwortete PD Dr. C. am 28. Juli 2004 wie folgt (Urk. 8/300): Die Beweglichkeit sei noch nicht ganz so gut wie präoperativ, allerdings sei die Patella gut verschieblich und zeige keinen Patellakompressionsschmerz mehr (Ziff. 2). Es könne noch nicht von einem stationären Zustand ausgegangen werden (Ziff. 3). Es sei kurz- oder mittelfristig eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit, bei welcher die Beschwerdeführerin das Knie strecken und beugen könne, auszugehen. Belastende Tätigkeiten mit langen Stand- und Gehstrecken (über 100 m und längeres Stehen über 5 Minuten) seien nicht mehr geeignet (Ziff. 4.2).

Im Unfallschein vermerkte PD Dr. C. am 16. Juli 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab 30. Juni 2004 (8/297).

4.2. Am 14. Juni 2005 berichteten Dr. med. D., FMH Innere Medizin / Rheumatologie, E., Physiotherapeut, und Dr. med. F., FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Zentrum I. (I.) über die von ihnen am 17./18. Mai 2005 durchgeführte funktionsorientierte medizinische Abklärung (Urk. 8/331-343). Sie nannten dabei die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 unten Ziff. 1):

- posttraumatische femoropatelläre Schmerzproblematik
- Implantation einer femoropatellären Prothese rechts am 29. März 2004

- Status nach Autounfall am 6. März 1993

- Status nach Bimalleolarfraktur des linken oberen Sprunggelenks (OSG),
Metallosteosynthese nach Autounfall am 6. März 1993

Die Patientin berichtet, die Beschwerdeführerin habe belastungsabhängige Knieschmerzen rechts bei längerem Gehen und Stehen von 1-1½ Stunden und nach längerem Sitzen von 1 Stunde (wobei sich dann durch das Bewegen des rechten Knies die Beschwerden etwas beruhigten) angegeben (S. 2 Mitte). Etwas mehr als ein Jahr nach der Implantation einer Femoropatellarprothese hätten sich die belastungsabhängigen Kniebeschwerden erfreulicherweise stark reduziert; es beständen allerdings noch Restbeschwerden (S. 2 unten).

Die angestammte - aktuell zu 20 % ausgeübte - Tätigkeit als MPA sei halbtags mit Wechselposition (ohne Belastungsreduktion und ohne Anpassungen am Arbeitsplatz) zumutbar (S. 3 Ziff. 3.2). Eine leichte, vorwiegend sitzende Arbeit sei ganztags (ohne Belastungsreduktion) zumutbar (S. 3 Ziff. 3.3, S. 4 Ziff. 6).

Am 16. Oktober 2007 erstatteten PD Dr. med. G. ____, Oberarzt, und Prof. Dr. med. H. ____, Klinikdirektor, Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Z. ____ (Z. ____), ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 8/379-383).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Status nach Implantation einer Femoropatellarprothese Knie rechts am 29. März 2004 bei posttraumatischer Femoropatellararthrose

- Status nach Autounfall 1993

- Status nach diversen Osteosynthesen- und Mobilisationsoperationen Knie rechts, insbesondere mit Status nach Femurpseudarthrose und Aussenrotationsfehlstellung des distalen Femurs von 15°

Aktuell hielten sie eine residuelle Patella baja mit Patella-Unterpole auf Höhe des Tibiaplateaus rechts und eine rotatorische Instabilität des rechten Knies fest (S. 1 Mitte).

In ihrer Beurteilung hielten sie eine in Anbetracht des langwierigen Verlaufes sowie auch des radiologischen und klinischen Befundes erstaunlich symptomarme und erfreuliche Situation fest (S. 2).

Bezüglich Arbeitstätigkeit bestehe der Konflikt zwischen Haushaltführung und Arbeitsplatz. An sich könnte sich die Patientin vorstellen, auch einen dritten Nachmittag zu arbeiten. Sie sei aber nicht sicher, ob dies gelingen möchte und möchte dies vorerst nur versuchsweise tun. Die Gutachter könnten diesbezüglich um eine weitere Betreuung durch den Versicherer (S. 2 unten).

Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit beantworteten die Gutachter damit, es sei eine prozentuale Steigerung der Arbeitsfähigkeit als MPA bis auf drei Nachmittage pro Woche zu diskutieren. Eine weitere Steigerung würde mit glaubwürdiger Wahrscheinlichkeit zu einer Dekompensation der Haushaltführung führen (S. 3 Ziff. 1).

An sich sei eine beispielsweise 70-80%ige Tätigkeit in einer sitzenden Tätigkeit mit gelegentlicher Mobilisation des Knies aus dem Sitzen vorstellbar.

Allerdings verfüge die Patientin gemäss eigener Einschätzung nicht über eine Ausbildung, welche eine solche Tätigkeit erlauben würde (S. 3 Ziff. 2). Eine fast vollständig sitzende Tätigkeit wäre am Arbeitsplatz zu 70 bis 80 % zu bewältigen; allerdings müsste dann voraussichtlich eine Haushalthilfe eingestellt werden (S. 3 Ziff. 3.1). Als Bedingung bezüglich Zumutbarkeit nannten die Gutachter das Heben von Lasten (nur) bis 5 kg. Die bisherige Tätigkeit als MPA sei so wie bisher ausgeführt zumutbar. Arbeiten über Kopf seien problemlos zumutbar, das Tragen schwerer Lasten nicht, ebenfalls nicht das Gehen weiterer Strecken (S. 3 Ziff. 3.2).

Die Frage, ob heute ein anderer Gesundheitszustand bestehe als 2000, bejahten die Gutachter mit der Feststellung, es gehe wesentlich besser bezüglich der Schmerzsituation in Ruhe und bei Belastung (S. 4 Ziff. 7). Zur damit verbundenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führten sie aus, aufgrund des sehr erfreulichen Verlaufs sei die Patientin bereit, einen dritten Nachmittag pro Woche versuchsweise zu arbeiten (S. 5 Ziff. 9).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin nach der Arbeitsfähigkeit ohne Berücksichtigung der Haushaltführung und privaten Situation (Urk. 3/385) führte PD Dr. G. am 3. Januar 2008 aus, sie (die Gutachter) hätten mit der Patientin noch einmal Rücksprache genommen und es erscheine deutlich, dass die Patientin maximal die im Bericht beschriebenen drei Nachmittage als MPA berufstätig sein könne; die Haushaltführung werde in kleine Abschnitte über den ganzen Tag verteilt und erlaube der Patientin (anamnestisch), sich von der Arbeitstätigkeit am Vortag zu erholen (Urk. 8/387).

Am 5. September 2009 erstattete Dr. med. A., Orthopädische Chirurgie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/443-473). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 20 ff.) und die von ihm am 19. März 2009 (S. 1) erhobenen Befunde (S. 22 ff.).

Als Angaben der Beschwerdeführerin berichtete der Gutachter, sie habe von der Prothesenimplantation sehr viel profitiert; sie habe nie mehr so starke Schmerzen wie vorher (S. 21 oben). Sie arbeite nach wie vor zwei Halbtage pro Woche als MPA. Wenn sie ausnahmsweise als Aushilfe einen ganzen Tag arbeite, könne sie am Abend wegen der Schmerzen fast nicht mehr gehen und knicke dann auch ein. Sie habe Schmerzen in der rechten Kniekehle, die in der Regel in die Hüfte und die Lendenwirbelsäule (LWS) ausstrahlen (S. 21 unten).

Der Gutachter nannte folgende Diagnosen (S. 27 Mitte):

Status nach Polybless® bei Unfall am 29. April 1993 mit / bei

- offener distaler Femurtrümmerfraktur rechts
- Malleolarfraktur links mit zusätzlichem Fragmentausbruch an der Talusrolle
- Gesichtsverletzungen (RQW und Zähne)
- Restbeschwerden im rechten Knie mit / bei
- Status nach multiplen Operationen wegen Pseudarthrose und Fehlstellung am Femur
- sekundärer schwerer Femoropatellararthrose
- Status nach Implantation einer Femoropatellar-Prothese Typ A am 29. März 2004

- tieflumbale Beschwerden bei sekundärer rechtsseitiger Beinverkürzung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beurteilung führte der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall 1993 schwere Verletzungen, insbesondere am rechten Bein (knienah) zugezogen. Die Verletzungen ausserhalb des rechten Femurs lässen heute (ausser möglicherweise einem Problem mit den Zehen) keine Beschwerden mehr aus (S. 27 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die femoro-patellaren Beschwerden seien seit der Implantation der Femoropatellarprothese reduziert und der von der Beschwerdeführerin als notwendig erachtete Schmerzmittelkonsum deutlich eingeschränkt. Umgekehrt empfinde die Beschwerdeführerin nach wie vor eine Belastungsintoleranz bei einem Einsatz von mehr als 20 % an ihrem angestammten Arbeitsplatz als MPA. Sie mache in diesem Zusammenhang belastungsabhängige Schmerzen geltend, die eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit verhindern würden, und möchte nicht Schmerzmedikamente einnehmen – nur damit sie mehr arbeiten könne (S. 28 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt ergebe sich gegenüber dem Bericht des I. vom Juni 2005 und gegenüber der Begutachtung des Z. im Oktober 2007 eine deutlich nachweisbare funktionelle (richtig: subjektive; vgl. nachstehend E. 4.5) Verbesserung. Das derzeitige Resultat des rechten Knies dürfte sogar als gut bezeichnet werden (S. 28 Mitte). Restprobleme (mässige, aber persistierende Funktionseinschränkung und eingeschränkte Zusatzbelastungstoleranz - beispielsweise reduzierte Sportfähigkeit - aber auch Ergussneigung im Knie) müssten akzeptiert werden; die beklagten Schmerzen seien jedoch behandelbar (S. 28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Gutachter wie folgt: Die Beweglichkeit im rechten Knie sei und bleibe eingeschränkt. Das Ausmass der Beschwerden sei, als subjektive Grösse, nicht messbar und – verursache – aus Sicht der Beschwerdeführerin eine relevante Leistungsreduktion im Beruf als MPA. Allerdings verzichte die Beschwerdeführerin auf eine zumutbare regelmässige Schmerzmittelaufnahme. Die Arbeit selbst (wechselbelastend, teils sitzend, teils stehend, keine langen Gehstrecken, kein Treppensteigen, keine unebenen Unterlagen) sei als optimal angepasste Arbeitsstelle zu bezeichnen (S. 29 Ziff. 5). Eine volle Arbeitsfähigkeit sei trotzdem nicht zumutbar, weil bei der sitzenden Tätigkeit die retropatellare Problematik rechts einschränkend wirke (S. 30 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der heutigen Klinik sei, bezogen auf den angestammten Arbeitsplatz, von einer mindestens 75%igen Arbeitsfähigkeit (bei Bedarf beispielsweise in zwei Arbeitsblöcken von je drei Stunden mit zwei Stunden Pause) auszugehen und auch zumutbar (S. 30 Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter wies noch einmal ausdrücklich auf die zumutbare regelmässige Einnahme eines Schmerzmedikaments im Sinne der Schadenminderungspflicht hin. Dadurch werde nicht nur die Reduktion der als leistungsreduzierend bezeichneten und passiv erduldeten Schmerzen realisiert, sondern die aktive Therapie (Muskelaufbau) effizienter durchgeführt und der Erfolg entsprechend grösser (S. 31 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich machte er deutlich, dass sich die Schätzung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich auf den Erwerbsbereich beziehen und nicht

Ä■ganzheitlichÄ■ unter Einbezug aller Tätigkeiten (Arbeit, Freizeit und Haushalt) erfolgen dürfte (S. 31).

4.5 Ä Ä Ä Ä Am 29. Oktober 2009 erhob der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Einwände gegenüber dem Gutachten von Dr. A.____ (Urk. 8/476-478). Dazu nahm Dr. A.____ am 19. Mai 2010 Stellung (Urk. 8/486-492). Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dabei räumte er ein, der Ausdruck Ä■funktionelleÄ■ Verbesserung stelle einen Verschieb dar, richtig sei Ä■subjektiveÄ■ Verbesserung; letztere zeige sich darin, dass in den vorhergehenden Gutachten eine erhöhte belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit und kleinere Belastungstoleranz angegeben worden seien (S. 3 Ziff. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hingegen widersprach er der These, die Arbeitsfähigkeit sei unterschiedlich beurteilt worden (S. 3 f. Ziff. 2) und Äusserte sich zur von der Beschwerdeführerin zusätzlich angesprochenen Frage einer Bandläsion (S. 4 f. Ziff. 3) und zu den Röntgenbefunden vom 19. August 2009 (S. 5 Ziff. 4-5). Zur Frage der zumutbaren Schmerzmedikation wies er darauf hin, dass es nicht um die Einnahme von Opiaten (wie beispielsweise Tramal), sondern ein nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR) gehe (S. 5 f. Ziff. 6).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführerin ist darin zuzustimmen, dass die zentralen Aussagen in den drei vorhandenen Beurteilungen (I.____, Z.____ und Dr. A.____) nicht deckungsgleich sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Untersucher des I.____ erachteten 2005 die angestammte Tätigkeit als zu 50 % und eine vorwiegend sitzende Tätigkeit als zu 100 % zumutbar (vorstehend E. 4.2). Die Z.____-Gutachter erachteten 2007 - aus den von ihnen genannten Gründen - die angestammte Tätigkeit im Umfang von 30 % (drei Halbtage) als zumutbar (vorstehend E. 4.3). Dr. A.____ erachtete 2009 die angestammte Tätigkeit als optimal angepasst und als im Umfang von mindestens 75 % zumutbar (vorstehend E. 4.4).

5.2 Ä Ä Ä Ä Die drei Beurteilungen lassen sich allerdings nicht sozusagen als gleichwertig nebeneinanderstellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung des I.____ liegt bereits Jahre zurück und erfolgte relativ kurze Zeit nach dem Einsetzen der Knieprothese. Es erscheint deshalb als fraglich, ob die markante Verbesserung, die durch die Prothesenversorgung unstrittig erfolgt ist, im damaligen Zeitpunkt bereits in ihrem ganzen Umfang realisiert war.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Angaben der Z.____-Gutachter zur Arbeitsfähigkeit sodann sind aus verschiedenen Gründen nicht verwertbar. Die Gutachter bezogen ausdrücklich nicht-erwerbliche Aspekte in ihre Beurteilung ein, und zwar auch, nachdem die Beschwerdegegnerin sie ausdrücklich noch einmal um Angaben zur Arbeitsfähigkeit ohne Berücksichtigung der Haushaltführung und der privaten Situation gebeten hatte. Auch haben sie anstelle einer eigenen, unabhängigen Einschätzung des Leistungsvermögens lediglich (zustimmend) berichtet, die Beschwerdeführerin sei bereit, einen dritten Halbtage zu arbeiten. Für eine vorwiegend sitzende Tätigkeit veranschlagten sie ihrerseits die Arbeitsfähigkeit auf 70-80 %, relativierten dies dann allerdings mit dem Hinweis, der Beschwerdeführerin fehle gemäß eigener Einschätzung eine entsprechende Ausbildung. Damit vermischten sie die medizinische Frage der Zumutbarkeit mit nicht-medizinischen erwerblichen Aspekten (und stellten auch

dabei wiederum auf die ebenfalls nicht massgebende Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin ab). Besonders augenfällig ist in diesem Zusammenhang, dass die Gutachter den enormen Unterschied in der von ihnen genannten Arbeitsfähigkeit zwischen der angestammten Tätigkeit als MPA (30 %) und einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit (70-80 %) nicht thematisierten, macht doch der Unterschied noch einmal deutlich, dass der niedrigere Wert nicht eine objektive Einschätzung wiedergibt, sondern die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin.

5.3 Vor diesem Hintergrund war die Beschwerdegegnerin nicht nur berechtigt, sondern in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sogar verpflichtet, ein aussagekräftiges Gutachten einzuholen, nämlich das von Dr. A. ___ erstattete Gutachten.

Dr. A. ___ hat nachvollziehbar und schlüssig begründet, dass bei zumutbarer (und der Rekonditionierung förderlicher) Schmerzmedikation eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Umfang von (mindestens) 75 % besteht. Er hat auch darauf hingewiesen, dass seine Einschätzung von den früheren Beurteilungen abweicht und hat dies mit einer seit 2005 und 2007 deutlich nachweisbaren Verbesserung begründet, und vor allem damit, dass er (im Unterschied zu den Z. ___-Gutachtern) nur die massgebenden medizinischen Aspekte berücksichtigt hat.

Sein Gutachten erfüllt die praxisgemässen Anforderungen (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist.

Demnach ist aus medizinischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 75 % in der angestammten Tätigkeit, die als optimal angepasst erachtet wird, auszugehen.

E. 6

6.1 Bezieht sich die medizinisch attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf die gleichzeitig als leidensangepasst beurteilte angestammte Tätigkeit, so ist es zulässig (und sinnvoll), die Invalidität anhand eines Prozentvergleichs (vgl. vorstehend E. 1.2) zu ermitteln, weil sich Validen- und Invalideneinkommen auf denselben Ausgangsbetrag beziehen, der sich weg kürzt, womit ein Prozentwert (Grad der Einschränkung = Grad der Invalidität) resultiert.

6.2 Die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % in der angestammten Tätigkeit ergibt demnach eine Einschränkung und einen Invaliditätsgrad von 25 %.

Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 25 % erweist sich somit als zutreffend, womit im Vergleich zum Invaliditätsgrad von 80 % im Jahr 2000 auch das Erfordernis der revisionsrelevanten Sachverhaltsänderung (vorstehend E. 1.3) offensichtlich erfüllt ist.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach als rechters; die dagegen erhobene Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Kupfer
- Fürsprecher René W. Schleifer
- Bundesamt für Gesundheit

4. 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).

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