

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00205

vom 15. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00205

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00205 du 15 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00205 del 15 maggio 2015

Erwägungen

E. 1.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung 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).

E. 1.2

Aufgrund persistierender Schmerzen wurde am 6. November 2008 eine Arthroskopie samt Entfernung des Osteosynthesematerials durchgeführt (Urk. 10/49), wo bei in der Folge eine posttraumatische laterale Gonarthrose diagnostiziert wurde (Urk. 10/57). Nach einem stationären Aufenthalt in der Z.____ vom 12. Januar bis 11. Februar 2009 (Urk. 10/64) erfolgte am 24. April 2009

eine Arthroskopie mit Knorpelglättung lateral sowie Gelenktoilette und am 29. Mai 2009 eine infrakondyläre zuklappende Varisations-Osteotomie (Urk. 10/79/2-

E. 1.2.1

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 einander widersprechender medizinischer Befunde 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. 1.2.2

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, sofern 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 (BGE 123 V 331 E. 1c mit Hinweisen). 2. 2.1

SUVA-Arzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, schilderte im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 14. Juni 2010 (Urk. 10/143) 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

hinauszu schieben.

Dr. E.____ beschrieb folgendes Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit: Leichte wechselbelastende

Tätigkeiten ganztags, wobei die einzelnen stehenden und gehenden Anteile 15 min. nicht übersteigen sollten ; dabei kein Tragen und Hantieren von Lasten über 7 .

E. 1.3

Mit Verfügung vom 10. August 2012 (Urk. 10/297) sprach die SUVA der Versicherten - ausgehend von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit - mit Wirkung ab 1. August 2012 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 13 % und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 17 % zu.

Hiergegen erhob die Versicherte am 12. September 2012 (Urk. 10/306) unter Auflage eines Berichtes von Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 30. August 2012 (Urk. 10/305) Einsprache, worauf die SUVA eine orthopädische Untersuchung durch ihre Versicherungsmediziner Dr.

med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH sowie Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, veranlasste (Bericht vom 6. Mai 2013, Urk. 10/324). Hierzu liess sich die Versicherte unter Auflage einer Stellungnahme von Dr. A.____ vom 31. Mai 2013 (Urk. 10/326) vernehmen (Urk. 10/327). Am 22. Juli 2013 (Urk. 10/329) erfolgte eine weitere Stellungnahme der Dres . B.____ und C.____ (Urk. 10/329).

Mit Entscheid vom 25. Juli 2013 (Urk. 2) hiess die SUVA die Einsprache in dem Sinne gut, dass sie der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Einbusse von 20 % (anstelle von 17 %) zusprach. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab. 2.

Hiergegen erhob die Versicherte unter Auflage einer Stellungnahme von Dr. A.____ vom 4. September 2013 (Urk. 3/2) am 11. September 2013 Beschwerde mit den folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2): „1.

Der Beschwerdeführerin sei in Aufhebung des Einsprache-Entscheidunges der Beschwerdegegnerin vom 25. Juli 2013 ab dem 1. August 2012 eine Invalidenrente auf der Basis eines IV-Grades von 57 % in der Höhe von monatlich Fr. 1'849.00 zzgl. Teuerungszulage sowie eine Integritätsentschädigung von 40 % bzw. Fr. 42'720.00 zuzusprechen.

Eventualiter sei vom angerufenen Gericht ein orthopädisches Gutachten in Auftrag zu geben und der Beschwerdeführerin im Anschluss auf die Einholung des Gutachtens die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.

Subeventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. 2.

Der Beschwerdeführerin sei von der Beschwerdegegnerin für die im Zusammenhang mit dem geführten Beschwerdeverfahren entstandenen anwaltlichen Aufwendungen eine angemessene Entschädigung (zzgl. 8 %

MwSt) zu bezahlen.“

Die SUVA schloss unter Auflage einer neuen Beurteilung ihrer Dres . B.____ und C.____ vom 28. Oktober 2013 (Urk. 9) am 19. November 2013 (Urk. 8) auf Abweisung der

Beschwerde. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk. 15 und Urk. 19) und reichten ergänzende ärztliche Berichte beziehungsweise Stellungnahmen ein (Urk. 16/1-3 und Urk. 20). Hierauf nahm die Versicherte am 10. Juli 2014 (Urk. 25) Stellung und legte eine neue Stellungnahme von Dr. A.____ vom 9. Juli 2014 (Urk. 26/1) auf, was der SUVA am 15. Juli 2014 (Urk. 27) mitgeteilt wurde. Am 16. September 2014 (Urk. 30) äusserte sich die Versicherte unter Hinweis auf einen Bericht von Dr. med. D.____, Neurologie FMH, vom 26. August 2014 (Urk. 31) erneut, wozu sich die SUVA am 28. Oktober 2014 (Urk. 35) vernehmen liess. Dies wurde der Versicherten am 4. November 2014 (Urk. 36) zur Kenntnis gebracht. 3.

Mit Verfügung vom 22. Januar 2014 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten eine befristete Rente zu. Das Urteil im diesbezüglichen Beschwerdeverfahren ergeht mit heutigem Datum. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4

).

Am 5. März 2010 wurde - bei störendem Implantat - erneut eine Arthroskopie samt Osteosynthese materialentfernung

an der proximalen Tibia sowie Patellazentrierung durch medialen Release und laterale Retinakulum-Raffung sowie Narbenkorrektur vorgenommen (Urk. 10/116/2-3). In der Folge verschwanden die medialen Knieschmerzen vollständig, doch verblieben antero laterale Restbeschwerden parapatellär sowie eine eingeschränkte Kniegelenks beweglichkeit mit Limitierung der Knieflexion (Urk. 10/130 und Urk. 10/169) .

Nachdem die Versicherte weiterhin über chronische Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks sowie Schwellungszustände geklagt hatte, wurde am 7. Juni 2011 (Urk. 10/235) wiederum eine Arthroskopie durchgeführt mit Innen- und Aussenmeniskusteilresektion, Reduktion der tibialen Gelenkstufe, Teilsynovektomie, Entfernung freier Gelenkkörper, Knorpelglättung retroapatellär und im Bereich beider Belastungszonen sowie Einlage einer Redon-Drainage. Postoperativ verblieben ventrolaterale Belastungsschmerzen, Beschwerden entlang der längsverlaufenden lateralen früheren Narbe sowie ein Druckschmerz über der Patellarsehne bei klinischer Bursitis (Urk. 10/264). Eine anfangs 2012 - bei der Diagnose einer hochgradigen lateralbetonten Gonarthrose rechtes Kniegelenk – empfohlene Versorgung mit einer Gelenkprothese (Urk. 10/270) lehnte die Versicherte angesichts ihres noch jungen Alters ab (Urk. 10/280 S. 5). Auch eine im Mai 2012 (Urk. 10/281) thematisierte Rückosteotomie im Hinblick auf eine spätere prothetische Versorgung (Urk. 10/281 S. 2) wurde nach Empfehlung durch den behandelnden Spezialisten abgelehnt (Urk. 10/282 und Urk. 10/284).

E. 4.1

mit Hinweisen). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich untermittelt 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 realistisch 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 eine dem Grundsatz der Rechtsgleichheit genügende Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese - bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzieltm 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 praxis gemäss nur die Ausglei chung 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).

E. 4.1.1

Der Einkommensvergleich blieb ansonsten unbestritten , gibt aber zu folgenden Bemerkungen Anlass:

Die Beschwerdegegnerin ging auf Seiten des Valideneinkommens

von dem Einkommen von Fr. 49'800.-- aus (Urk.

2 S.

13) , das der Beschwerdeführerin gemäss Auskunft der Arbeitgeberin bei (unfallbedingt nicht mehr möglichem) Antritt ihrer Stelle bei der J.____ im Jahr 2012 (bei einem 100 % -Pensum) ausbezahlt worden wäre (Urk. 10/293).

Dieses ist aufgrund der Akten ausgewiesen und blieb zu Recht unbestritten.

E. 4.1.2

Zu beachten ist indes Folgendes: Bezog eine versicherte Person aus invaliditäts fremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Um stand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, so fern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte . Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenen Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss 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.

E. 4.1.3

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). Aufgerechnet auf die massgebliche Arbeitszeit, welche dem Vergleichslohn bei der J.____

zugrunde liegt (41 Stunden pro Woche gemäss Landes-Gesamtarbeitsvertrag, abrufbar unter 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 nicht in Betracht fällt (E. 4.1.2).

E. 4.2.1

Das Invalideneinkommen berechnete die Beschwerdegegnerin ausgehend vom Tabellenlohn von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten über sämtliche Branchen, was nicht zu beanstanden ist. Ausgehend vom Lohn von Fr. 4'225.-- 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. 4.1.3) ergibt sich ein mögliches Einkommen von Fr. 53'900.--.

E. 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin gewährte einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) von 20 %, welcher nicht bestritten.

Vorzugsweise 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 so wie über Erfahrung (auch) im administrativen Bereich (Lebenslauf, Urk. 10/51/4-5).

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 Positionswechseln 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. Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September

2012 E. 8 und

8C_91/2013 vom 22. August 2013 E. 3.3.4).

E. 4.2.3

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

E. 4.3

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 49'800.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 43'120.-- ergibt eine Lohnneinbusse von Fr. 6'680.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet

E. 5

kg; Treppensteigen sollte weitgehend vermieden werden; kein Gehen auf unebenem Gelände;

keine Tätigkeiten in kniender und hockender Position (S. 3). 2.2

Kreisarzt Prof. Dr. med. F. ____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, verwies in seinem Bericht vom 8. Mai 2012 (Urk. 10/280) 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) zeigt es 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) zeigt es sich keine

relevanten Differenzen der funktionellen Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenkes. 2.3

In seiner ersten Stellungnahme vom 30. August 2012 (Urk. 10/305) führte Dr. A. ____, 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

Ü berkorrektur im rechten

Tibiakopf

in die rechte Hüfte sowie in das rechte obere Sprunggelenk (OSG). Die SUVA-Beurteilung durch Prof. Dr. F. ___ sei

unvollständig: Die schlechte Stellung des rechten Rückfusses werde bei spiels weise nicht erwähnt, die Ü berkorrektur der Varisation

ebenfalls nicht.

Zum jetzigen Zeitpunkt besteh e recht eigentlich eine invalidisierende Situation mit einer Geh strecke 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 komm e. Zumut bar sei eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, vermehrt Pausen einzulegen, herumzugehen oder abzuliegen. Nicht zumutbar s e i e n län ge re Gehstrecken über 50 m und Tragen von Gewichten über 5 kg.

Eine solche der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit se i heute aufgrund der oben ge machten Einschränkungen höchstens noch in einem 50 % Pensum zumutbar (S.

E. 5.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ange messene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde er hebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität er leidet. Die Inte gritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresver dienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritäts schadens abge stuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädi gung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallver sicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des gan zen Lebens minde stens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die kör perliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, au gen fällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integri tätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3.

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integri tätsschadens . Diese beurteilt sich nach dem medi zinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integri täts schaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integri tätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privat rechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nach teil indivi duell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizi ni scher Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsscha dens auf stellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritäts schaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integri tätsschadens hängt somit nicht

von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den „Regelfall“ gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 5.2.1

Währenddem die Beschwerdegegnerin von einer Integritätseinbusse von 20 % ausging, schloss die Beschwerdeführerin auf eine solche von 40 %.

E. 5.2.2

Die Beschwerdegegnerin zog im angefochtenen Einspracheentscheid

Quervergleiche zu verschiedenen in ihren Feinrastern enthaltenen Schädigungen (Urk. 2 S. 17 f.), welche später auch ihre Ärzte anbrachten (E. 2.6): -

völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beines: 50 % (Tabelle 2) -

Amputation eines Beines unterhalb des Kniegelenks: 35 % (Tabelle 4 Nr. 13) -

Knieexartikulation (Abtrennung des Beines auf Höhe des Kniegelenks): 40 % (Tabelle 4 Nr. 14) -

Arthrodese des Kniegelenks: 25 % (Tabelle 5) -

in Beugstellung von 20° eingesteiftes Kniegelenk: 20 % (richtig: 30 %, Tabelle 2) -

Knie beweglich zwischen 0 bis 90°: 10 % (Tabelle 2)

Die Ärzte der Beschwerdegegnerin verwiesen sodann auf den Kellgren -Lawrence-Score und gingen bei 5 von maximal 10 Punkten von einer mässigen Arthrose aus und hielten fest, dass die Tabelle 5 „Arthrosen“ eine mässige Pangoarthrose zwischen 10 und 30 % beziffert (E. 2.4.5).

E. 5.2.3

Dr. A.____ schloss dagegen auf einen Zustand entsprechend einer schweren Pangoarthrose bzw. auf eine absehbare Knieendoprothese mit schlechtem Erfolg und ging von einem Integritätsschaden von 40 % aus (E. 2.3). Er bemängelte sodann die Berechnung des

Kellgren -Lawrence- Scores und schloss auf einen wesentlich höheren Wert (E. 2.5). Er verwies sodann auf eine alternative Beurteilungsart der Schwere und ging von einem nicht mehr gebrauchsfähigen Knie aus (E. 2.7.5).

E. 5.3.1

Die im Vordergrund stehende Schädigung des rechten Knies wurde von den Ärzten als Gonarthrose beschrieben. Nach der Tabelle 5 werden Pangoarthrosen (Kniearthrose mit Beteiligung mehrerer Gelenksteile) bei mässiger Ausprägung mit 10-30 % und bei schwerer Ausprägung mit 30-40 % beziffert. Eine Endoprothese mit gutem Erfolg ergibt einen Wert von 20 % und mit schlechtem Erfolg einen solchen von 40 % .

E. 5.3.2

Die MRI-Aufnahme vom 2. Februar 2012 (E. 2.4.3) zeigte eine massiv geschädigte laterale (äussere) Seite des Gelenkes. Hier war praktisch kein Knorpel mehr am lateralen Kondylus und an der lateralen Tibia zu sehen . Weiter wurde eine Meniskuszyste im Vorderhornbereich geschildert. Im CT vom 18. Mai 2012 (E.

2.4.3) wurde ein nicht mehr anatomisch konvexer anteriorer medialer Teil der Gelenksfläche beschrieben mit einer Schadensausdehnung über dreiviertel der Gelenksfläche mit Unregelmässigkeiten auch der medialen Gelenksfläche.

Dr. A.____ ersah aus diesen Bildern weiter intraossäre Zysten im medialen Femurkondylus

anterior sowie eine subchondrale Sklerose am lateralen Tibia plateau samt intraossären Zysten angrenzend an die Gelenksfläche. Sodann beschrieb er einen Plateaeinbruch mit Knochenmarködem und Geröllzysten (E.

2.5).

E. 5.3.3

Angesichts der dokumentierten Schäden des rechten Kniegelenks gingen die Ärzte einhellig vom Vorliegen einer Pangoarthrose aus. Dies ist nicht zu bestanden, finden sich doch arthrotische Veränderungen nicht nur auf der lateralen Seite des Kniegelenks, sondern auch auf der medialen und Veränderungen im Meniskusbereich. Auch wenn die Dres . B.____ und C.____ gestützt auf die MRI-Bilder das Vorliegen einzig einer femoro-tibialen Arthrose thematisierten, schlossen sie doch auch auf die Diagnose einer Pangoarthrose . Zu treffend ist, dass die Innenseite des Kniegelenkes – wie die

Dres . B.____ und C.____ ausführen - viel besser erhalten ist. Allerdings war der Knorpel auch auf dieser medialen Seite nicht vollständig erhalten. Im Femoro -Patellargelenk fand sich sodann eine leichte Knorpelverdünnung (E. 2.6).

E. 5.3.4

Umstritten ist dagegen, ob die Pagonarthrose als mässig oder schwer zu fassen ist. Die Versicherungsärzte argumentierten diesbezüglich mit dem Kellgren -Lawrence-Score und kamen auf einen Wert von 5 (von 10, E. 2.4.5), während dem

Dr. A.____ auf einen Wert von 8 schloss (E. 2.5).

Beide medizinischen Beurteilungen bestätigten die Osteophyten (1 Punkt) sowie einen verschmälerten Gelenkspalt, wobei sie sich über die Ausprägung nicht einig waren. Auf späteren Bildern ersah Dr. A.____ einen praktisch nicht mehr existenten medialen Gelenkspalt (E. 2.7 .3), was die Dres . B.____ und C.____ nicht bestritten, jedoch auf gleich breite Gelenkspalten verwiesen , ohne dies näher zu erläutern (E. 2.8). Letztere Ärzte negierten sodann die ausgewiesenen Geröllzysten mit der Begründung, auf den durch sie interpretierten (Röntgen-) Bildern seien diese nicht zu sehen gewesen (E.

2.6). Dies überzeugt nicht, ist doch der Befund, welcher ein Kriterium für die Beurteilung ist, unbestritten massen vorhanden. Mit welcher Untersuchungsmethode dieser Befund erhoben wurde, ist für die Beurteilung der Integritätsschädigung nicht von Bedeutung. Bei zudem unbestrittener

Sklerosierung ergibt sich damit jedenfalls ein höherer Wert. Die Deformierung beurteilten beide als deutlich.

Damit steht fest, dass die Einschätzung der Dres . B.____ und C.____ zu optimistisch ausgefallen ist und sich jedenfalls ein höherer Score ergibt. Nicht weiter zu kommentieren ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass diese Ärzte „zur Veranschaulichung für den nichtmedizinischen Leser“ zur Illustration eine radiologische Aufnahme einer schweren Arthrose abbildeten (Urk. 20 S. 3), welche nach den unbestritten gebliebenen Ausführungen von Dr. A.____ ein destruiertes Knie mit vielen anderen Befunden zeigt (Urk. 26/1). In der Tat sind in der Literatur Bilder zu sehen, auf welchen eine schwere Arthrose auch „für den nicht medizinischen Leser“ gänzlich anders zur Darstellung gelangt.

E. 5.3.5

Zu beachten ist sodann, dass die Kniesituation nach den verschiedenen operativen Eingriffen derart ist, dass sämtliche Ärzte den Einsatz einer Totalendoprothese empfahlen und davon nur aufgrund des noch jungen Alters der Beschwerdeführerin einstweilen abrieten. Bei dieser medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass die Versorgung mit einer Prothese erfolgen wird.

Nach der Rechtsprechung hat die Berechnung der Integritätsschädigung bei Versorgung mit einer Prothese nach dem unkorrigierten Zustand zu erfolgen (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 313/02 vom 4. September 2003 E. 4.3, zuletzt bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_561/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 2.3).

Vorliegend ist zu beachten, dass die funktionellen Auswirkungen des Knieschadens erheblich sind. Wohl kann die Beschwerdeführerin das Kniegelenk bis 120° beugen, dies aber nur unter Schmerzen. In sitzender Position (90°-Winkel) ist ein Verharren während längerer Dauer nicht möglich. Weiter besteht eine Instabilität des Knies und ist die Beschwerdeführerin ferner durch die Fehlstellung sowie das Schonhinken eingeschränkt.

E. 5.3.6

Bei dieser Aktenlage erscheint die Bemessung der Integritätsschädigung mit 20 % als klar zu tief. Die Pagonarthrose erscheint - aufgrund der erwähnten bildgebenden Untersuchungsergebnisse - an der Schwelle zwischen mässig und schwer, was eine Bemessung der Schädigung mit 30 % als naheliegend erscheinen lässt. Immerhin ging auch der Radiologe PD Dr. G.____ von der H.____ von schweren Veränderungen im lateralen, etwas weniger im medialen Kniegelenk aus (E. 2.9), womit sich ebenfalls ein Mittelwert aufdrängt. Dass er seine Einschätzung nicht näher begründete, ändert an der Aussage an sich nichts, wurde er doch nicht danach gefragt und lassen auch die sonstigen radiologischen Bilder auf dieses Ergebnis schliessen.

Die absehbare Versorgung mittels Endoprothese führt bereits zu einem Mindestwert von 20 %, bei einem schlechten Erfolg ist von einem Wert von 40 % aus zu gehen (Tabelle 5). Dass sich ein schlechter Erfolg (wegen bereits mehrfachen Operationen, E. 2.7) einstellen wird, ist nicht ausgewiesen. Allerdings zeigten Bilder vom 23. August 2013 (mithin nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids) eine Mineralisationsstörung im Tibiakopf (E. 2.7.5), was die Erfolgchancen sicherlich nicht erhöht.

E. 5.3.7

Die von der Beschwerdegegnerin bzw. ihren Ärzten angeführten Quervergleiche zu verwandten Schädigungen führten zu keiner anderen Einschätzung, passen diese doch wesentlich weniger präzise zur vorliegenden, explizit tabellarisch geregelten Pathologie. Damit ist von einer Integritätsschädigung von 30 % auszugehen, welche dem von Dr. A.____ genannten Mindestwert entspricht (E. 2.5). Die Beschwerde ist demgemäss diesbezüglich teilweise gutzuheissen. 6.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht der Beschwerdeführerin nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht eine Prozessentschädigung zu, welche gemäss Abs. 3 derselben Bestimmung - namentlich unter Berücksichtigung der Kürzung aufgrund des überwiegenden Unterliegens - mit Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der SUVA vom 25. Juli 2013 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 30 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 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

E. 6

f.).

In therapeutischer Hinsicht diskutierte er zwei Optionen: Eine

Rekorrektur der Varisation

sowie das Einsetzen einer Knie totalendoprothese rechts nach Rekorrektur der Überverarisierung

im Tibiaplateau, deren Erfolg er nach all den vorher gegangenen Operationen indes anzweifelte (S. 7).

Den Integritätsschaden verglich er basierend auf der SUVA- Tabelle 5 „Integritätsschaden bei Arthrosen“ mit einem Listenfall

für eine Knie totalendoprothese mit schlechtem Erfolg beziehungsweise einer schweren Pangenarthrose und bezifferte den Schaden mit 40 % (S. 6). 2.4 2.4.1

Im Bericht vom 6. Mai 2013 (Urk. 10/324) 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 zunehmen. 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 MT T (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.). 2.4.2

Die Befunde im rechten Kniegelenk schilderten sie wie folgt: „Im Stehen Valgusstellung des linken Kniegelenkes. Rechts deutliche Varusstellung im Knie gelenk.

Beweglichkeit rechts Extension/Flexion 0/0/120°, links 0/0/140°. Streckhebung beidseits kräftig

durchführbar. “ Sie fügten an, am rechten Kniegelenk befindet 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 besteht 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 Trecking. Bei der Stabilitätsprüfung beidseits besteht ein leichtes Lachmanzeichen 1+, aber mit gutem Anschlag. Im rechten Knie besteht 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 Schubladenprüfung mit Knapp 1+ dürfte auch der Lachman-Test negativ ausfallen (S.

4). 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.

Da runter 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 3 D-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.“

Knie a p

beidseits 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.“ 2.4.4

Zum Zumutbarkeitsprofil einer Arbeitstätigkeit hielten die Ärzte fest, im Vergleich zu den beiden kreisärztlichen Untersuchungen (E. 2.1-2.2) habe sich

die Situation weder klinisch noch radiologisch wesentlich

verändert. Die aktuelle Zumutbarkeit entspricht den früheren Einschätzungen: Leichte wechselbelastende Tätigkeiten seien ganztags möglich. Die einzelnen Phasen mit stehender und gehender

Tätigkeit sollten in 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 kniender und hockender Position seien nicht zumutbar (S. 7). 2.4.5

Zur Höhe der erlittenen Integritätsschädigung hielten die Ärzte fest, die aktuellen Röntgenbilder vom 17. August 2012 des rechten Kniegelenkes zeigen im Vergleich mit den

früheren Aufnahmen vor der Beurteilung des Integritätsschadens eine fast gleich gebliebene Situation.

Die Gelenkspaltverschmälerung habe

nur gering zugenommen. Verbessert, respektive weitgehend normalisiert habe sich die Knochenstruktur (Abnahme der Osteopenie). Zur Beurteilung dienen der

Kellgren-Lawrence-Score. Es fanden sich leichte Osteophyten (1 Punkt), eine geringe Gelenkspaltverschmälerung (1 Punkt), eine subchondrale Sklerose ohne Geörgelzysten (1 Punkt) und eine deutliche

Deformierung (2 Punkte), bedingt durch den Zustand nach Osteotomie. Total ergäben sich 5

Punkte (Maximum = 10), was einer mässigen Arthrose entspricht.

Dr. A. ___ Einschätzung vom 30. August 2012 (E. 2.3) könne nicht gefolgt werden. Der Integritätsschaden

einer mässigen Patgonarthrose bezifferen

die UVG-Tabelle 5 „Arthrosen“ zwischen 10 und 30%. Unter

Berücksichtigung der langsamen Zunahme der Arthrose sei eine Erhöhung auf 20% angebracht,

jedoch nicht auf 40%. Gemäss Bundesgericht (EVG-Urteil vom 4. September 2003, U 313/02) sei bei

Endoprothesen auf den Zustand vor der Operation abzustellen, weshalb die diesbezügliche Argumentation

von Dr. A. ___ nicht zuträffe (S. 7). 2.5

Am 31. Mai 2013 (Urk. 10/326) 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 zeigen

eine Sklerose mit Zysten. Im CT-Befund finden 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 finden 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 ergäbe 3 Punkte, und es gebe einen

Gelenkspalt, der fortgeschritten ver schmälert sei, das ergäbe 2 Punkte, die Osteophyten

ergäben 1 Punkt und die deutliche Deformierung ergäbe 2 Punkte. Zusammengefasst erhält man dann 8 Punkte und das

Knie falle damit in den Grad III nach dem Kellgren -Lawrence-Score, welcher Folgendem

entspreche: „Knorpelschaden mit deutlich

erkennbaren Knorpelverlusten, 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 i m Vergleich zu den beiden kreisärztlichen Untersuchungen 2010 und 2012 die Situation weder klinisch noch radiologisch wesentlich verändert habe , und wies auf die Ausführungen von Prof. Dr. F.____ hin (E. 2.2, unter anderem Beschreibung von Geröll zysten). Er schloss auf eine klare Progredienz der Arthrose seit der letzten Beurteilung. Das Zumutbarkeitsprofil befand er für nicht haltbar (S. 3).

Angesichts der geschilderten Schäden schloss Dr. A.____ in Bezug auf eine Integritätsschädigung (gemäss Listenfall) von 30 bis 40 % , eine Endoprothese mit schlechtem Erfolg, was hier sicher

resultieren werde , ergebe

ebenfalls eine Integritätsentschädigung von 40 % . Eine Integritätsentschädigung von mindestens 30 % wäre

auch für eine mässige Arthrose gemäss Tabelle 5 geschuldet (S. 3) . 2.6

In ihrer Beurteilung vom 22. Juli 2013 (Urk. 10/329) führten die Dres . B.____ und C.____ aus, beim Vergleich der funktionellen Fähigkeiten und Einschränkungen mit denjenigen der kreisärztlichen

Untersuchung durch Prof. Dr. F.____ fanden 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. F.____ 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 Gelenkserguss ergeben . Zusammengefasst könne gesagt werden, dass die klinischen

Befunde sicher keine wesentlichen Verschlechterungen zeigten, eher sogar eine geringe Verbesserung (S. 2).

Zur Integritätsschädigung und den von Dr. A.____ thematisierten Geröll zysten hielten sie fest, der Kellgren -Lawrence-Score sei zur

Quantifizierung von Arthrosen im konventionellen Röntgenbild konzipiert worden , lange bevor CT

und

MRI-Untersuchungen möglich gewesen seien. Dieser Score zur Beurteilung

der Röntgenaufnahmen (unter Ausklammerung von CT- und MRI-Bildern) habe sich aber in der Fachwelt seit Jahrzehnten bewährt und als Einschätzung des Arthrosegrades

durchgesetzt . Auf den Röntgenaufnahmen seien die Geröllzysten nicht erkennbar (S. 2).

Die Ärzte führten weiter aus, die MRI-Bilder vom 2. Februar 2012 zeigten die Knorpelbeschädigungen lateral. Im lateralen Tibiakopf seien die Schraubenlöcher nach den Osteosynthesen sichtbar, sie seien mit Flüssigkeit gefüllt. Flüssigkeitsansammlungen (Ödeme)

seien auch im weiteren Bereich des lateralen Tibiakopfes zu sehen. Die MRI-Bilder zeigten aber

auch, dass die Situation auf der Innenseite des Gelenkes viel besser sei. Hier sei der Knorpel

praktisch vollständig

erhalten, der mediale Meniskus und die Bänder seien intakt. Auch das

dritte Kompartiment, das Femoro -Patellargelenk zeige wenig Pathologisches, eine leichte Knorpelverdünnung

knöcherne, sonst aber keine Anzeichen einer Arthrose. Würde man sich allein auf

das MRI abstützen, müsste man einen viel geringeren Arthrosethese grad schätzen, da das mediale

und das retropatelläre Kompartiment fast normal zur Darstellung kämen . Nur auf das MRI gestützt

würde man sogar von einer femoro-tibialen Arthrose und nicht von einer Patellofemoralarthrose sprechen (S. 5) .

Die klinische Situation zur Beurteilung des Integritätsschadens führe zu einer deutlich geringeren

Schätzung. Denn ein Erguss liege nicht vor. Das rechte Kniegelenk der Versicherten

weise mit einer vollen Streckung und einer Beugung von 120° einen nahezu normalen Bewegungsumfang

auf. Als Norm bei jungen Menschen gelte 140° Beugung und volle Streckung,

wobei die Beugung über 120° nur in wenigen Extremfunktionen, z. B. bei Yoga, benötigt

werde . Für den Alltagsgebrauch, wie das Sitzen auf einem tiefen Sessel, seien 120° ausreichend,

für das Treppensteigen genügt es 90° . Viel störender als die leichte Einbuße der Beugung wäre ein Streckdefizit, was bei der Versicherten nicht vorliege (S. 5) . Die Stabilität des Kniegelenkes sei sodann nicht

in einem Ausmass beeinträchtigt, dass eine höhere Schätzung nach der Tabelle 6 begründet

wäre. Im Quervergleich mit anderen Tabellenwerten (völlige Gebrauchsunfähigkeit eines

Beines : 50 % , Amputation eines Beines unterhalb des Kniegelenkes : 35 % , Abtrennung

des Beines auf Höhe des Kniegelenkes : 40 % , Arthrodesese des Kniegelenkes : 25 % , in

Beugstellung von 20° eingesteiftes Kniegelenk : 20 % , Knie beweglich zwischen 0 bis 90°

:

E. 10

%) erachteten die Ärzte einen Wert von 20 % als gerechtfertigt (S. 7) . 2.7 2.7.1

Am 4. September 2013 (Urk. 3/2) verfasste Dr. A.____ eine „Replik zum Einspracheentscheid der Suva vom 25.07.2013“ und schilderte 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 kurvieren 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°, Extension voll. Die Flexion von 120° ist aber äusserst schmerzhaft. Bei der Flexion von 120° zeigt sie Schmerzen im vorderen Knieanteil medial. Die Flexion von 120° 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 peripatellar ist die Druckdolenz am ausgeprägtesten . Zum jetzigen

Zeitpunkt besteht kein Knieerguss. Das Knie ist wegen dem Muskeltonus praktisch nicht untersuchbar.

Die Oberschenkelumfänge zeigen 15 cm und 8 cm ab Patella 0.5 cm und 2 cm Differenz zu Ungunsten der rechten Seite .“ (S. 2) .

2.7.2

Dr. A.____ kritisierte, dass die Ärzte der Beschwerdegegnerin 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). 2.7.3

Er verwies sodann auf ein aktuelles Röntgenbild (vom 23. August 2013), welches eine starke Mineralisationsstörung im Tibiakopf rechts zeigt , die Achse

des Tibiaplateaus bzw. die Gelenkfläche des Tibiaplateaus

sei um gute 18° abgekippt

nach medial . Medial finden 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

schifte bereits deutlich, d.h. über 4 mm nach medial über das

Tibiaplateau hinaus. Die Patella stehe gegenüber links deutlich tiefer und sei nach lateral geschifft . Er schloss, die Arthrose habe insbesondere medial deutlich zugenommen (S. 4).
2.7.4

Betreffend Zumutbarkeitsprofil hielt Dr. A.____ fest, die Knieflexion von 120° sei für die Beschwerdeführerin extrem schmerzhaft. Es könne auch ein Sitzen mit normal gebeugtem Knie von etwa 90° 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 dabei irgendwelche

Arbeitstätigkeit ausgeführt werde, nach gut 10 min. eine starke Schmerzsituation vorhanden, die erstens zum Haltungswechsel zwingt und längerfristig

sich allein dadurch nicht beherrschen lässt. 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 $4\frac{1}{4}$ Stunden geleistet werden, sondern ideal aufgeteilt in $2 \times 2\frac{1}{8}$ Stunden (S. 6) . 2.7.5

Zur Integritätsentschädigung führte Dr. A.____ aus, dass nach der von der SUVA verwendeten Einteilung von „Schweizer et al.“ der schwerste Grad vorliege (Zystenbildung mit Knorpelaufbruch, Knochenabschliffe, Osteophytenbildung). Bereits heute sei das Knie nicht mehr gebrauchsfähig. Mit dem Einsetzen einer Totalprothese, bei einer Situation mit bereits sehr hohen Voroperationen, werde die Chance, eine deutliche

Verbesserung zu erzielen, unwahr scheinlich.

Deshalb k ö n n e man ruhig die Integritätsentschädigung von 40 % für eine Knie totalendoprothese mit schlechtem Erfolg geben (S. 7). 2.8

In ihrer Beurteilung vom 28. Oktober 2013 (Urk. 9) nahmen die Dres . B.____ und C.____ vorweg zum neuen Röntgenbild (E.

2.7 .3) Stellung und konn ten dabei keine Unterschiede zu den Aufnahmen vom 17. August 2012 (E.

2.4.5) erkennen: Die Stellung des Unterschenkels nach Korrektur-Osteotomie sei gleich. Die Gelenkspalten medial

und lateral s e i e n gleich breit. Die Osteophyten k ä men in gleicher Gr ö sse zur Darstellung. Auch der

Kalksalzgehalt ha be sich nicht verringert (S. 2).

Zu der von Dr. A.____ beschriebenen Beinlängendifferenz führten die Ärzte aus, d ie beiden Kniegelenke hätten voll gestreckt werden können. Auch Dr. A.____ bestätig e in seinen Berichten, dass das rechte Kniegelenk eine volle Extension

zeig e . Die 0-Bein-Fehlstellung - entstanden durch die Korrek tur-Osteotomie - habe nicht zur erkennbaren Beckenkipfung geführt, das heisse, eine klinisch relevante

funktionelle oder reelle Beinverkürzung rechts habe nicht vor gelegen . Es habe sich denn auch ein horizontales Becken

gezeigt . Die Wirbelsäule sei im Lot und auch der Schulterstand

horizontal gewesen . Da mit lieg e weder eine reelle noch funktionelle Beinverkürzung vor (S. 5) .

Die Ärzte verwiesen sodann auf festgestellte statische Veränderungen im Rücken bereich , namentlich eine ventrale Beckenkipfung , eine lumbale Hyper lordose und ein thorakaler Flachrücken. Sie führten aus, es handl e sich um w achstums bedingte , oft familiäre Formvarianten des Achsenskelettes. Diese Veränderung en führ t en gehäuft zur Schmerzsymptomatik im Rücken und Iliosakralgelenk (ISG) . Der ganze Beschwerde-Komplex sei mit überwiegender Wahrscheinlich keit nicht Folge des Unfalls , sondern dieser Haltungsverände rungen des Achsens kelettes (S. 5) .

Das von Dr. A.____ geschilderte Schonhinken bestätigten die Ärzte, nicht aber das Duchenne -Trend e lenburg-Hinken, welches bei Hüftbeschwerden bzw. Schwäche der Hüftmuskulatur auftrete (S. 6).

In Bezug auf die thematisierte Rückfussproblematik schilderten die Ärzte einen plantigraden

Rückfuss ,

das heiss e, der Winkel zwischen Rückfuss und Unter schenkel sei normgerecht. Auch seien aus

der Vorgeschichte weder Erkrankun gen 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 Überbelastung der Aussenseite, was die Beschwerden der Versicherten erklären (S. 7). 2.9

Am 14. März 2014 (Urk. 16/3) verwies

Dr. A.____

vorweg auf die bildgebenden Untersuchungsergebnisse des PD Dr. med. G.____, Leitender Arzt Radiologie,

H.____, vom 4. März 2014 (Urk. 16/1), wo schwere degenerative/posttraumatische Veränderungen im rechten Kniegelenk im lateralen, etwas weniger

auch im medialen Gelenkcompartment geschildert worden seien (S. 1).

Dr. A.____ hielt sodann am Befund einer funktionellen Beinverkürzung fest und verwies auf die Untersuchungsergebnisse des PD Dr. G.____, 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 Beschwerdeführerin 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). 2.10

Am 28. April 2014 (Urk. 20) kommentierten die Dres. B.____ und C.____

die neuesten Untersuchungsergebnisse und führten aus, die neuen Röntgenbilder des Kniegelenks vom 4. März 2014 zeigten im Vergleich mit den verschiedenen

Voruntersuchungen 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 . " f alsch.

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 Mess ungenauigkeit 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 bestehe (S. 4) . 2.11

Dr. A.____

fügte am 9. Juli 2014 (Urk. 26/1) an, eine beigelegte

Videosequenz (Urk. 26/2) 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 bestehe .

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 so wie ein Umfangdefizit von 2 cm (S. 2) .

Dr. A.____ schloss weiterhin auf eine schwere Veränderung im rechten Kniegelenk, eine Integritätsschädigung von 40 % (Listenfall für Knieprothese mit schlechtem Erfolg bzw. Pangenarthrose), eine unfallbedingte Genese der OSG-, ISG- und lumbalen Beschwerden durch die Fehlstellung im varisch

durchgebogenen rechten Unterschenkel und durch die dadurch resultierende Fehlbelastung des rechten Rückfusses bzw. des ganzen Achsenskelettes sowie schliesslich auf den Bedarf einer neurologischen Abklärung des auffälligen Aufstellens bzw. Extendierens der Zehe am rechten Fuss (S. 3).

Letztere Abklärung ergab - bei geklagten neuropathischen Beschwerden - die Diagnose einer leichtgradigen

axonalen Läsion des Nervus

peroneus

superficialis rechts (Bericht von Dr. D.____ vom 26. August 2014, Urk. 31). 3.3.1

Zwischen den Parteien unbestritten und durch die Akten ausgewiesen ist, dass die Voraussetzungen für den Fallabschluss per 1. August 2012 gegeben waren, konnte doch von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Zur Diskussion stand im Wesentlichen noch die Versorgung mit einer Knieprothese, von welcher indes keine massgebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwartet wurde (BGE 134 V 109 E. 4.3). 3.2.3.2.1

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 Tibiakopfspalt- Impressionsfraktur musste verschiedentlich operativ angegangen werden, wobei sich bis zuletzt kein befriedigendes Resultat einstellte. 3.2.2

Die Röntgen-, MRI- und CT- Bilder zeigten rund um den Zeitpunkt des Fallabschlusses eine Chondropathia Grad III-IV im lateralen femorotibialen Kompartiment

mit Inkongruenz der Knochenoberfläche sowie zentralem Knochenstrichplateaeinbruch mit Knochenmarködem und Geröllzysten, daneben eine Ausensenmeniskusmazeration

im Vorderhorn, eine Chondropathia

patella Grad II am medialen Tibiaplateau und

einen volumenreduzierten Innenmeniskus (E. 2.2). Die Beschreibungen lauteten auch auf lateral eingesunkene Gelenksfläche, das Knochenödem im lateralen Tibiakopf, praktisch kein Knorpel mehr am lateralen Kondylus und an der lateralen Tibia, Meniskuszyste im Vorderhornbereich, Verkipfung 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 geshiftete 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 Gelenkskompartiment geschildert (E. 2.9). 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). 3.3 3.3.1

Bei grundsätzlich unbestrittenen Befunden sind sich die Parteien uneinig, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin in einer optimal knieschonenden Tätigkeit noch arbeitsfähig ist. Währenddem die Ärzte der Beschwerdegegnerin auf

eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit schlossen, ging Dr. A.____ von einer hälftig eingeschränkten aus. 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, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann.

Aufgrund der dargelegten Aktenlage, der geschilderten Beschwerden, der bildgebenden Untersuchungsergebnisse sowie der klinischen Befunde ist ohne weitere 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). 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 ei ner

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 abgewinkelter 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 so 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 regelmässig nach I. ___ reist. 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, zumutbar. 4 .

E. 13

% ,

so dass die Beschwerde insoweit abzuweisen ist. 5.

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