

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00116 vom 26. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00116

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00116 du 26 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00116 del 26 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld). Ab dem 20. April 2009 nahm die Versicherte - vorerst im Rahmen eines Belastungstrainings und zeitweilig, ab Mitte Mai 2009 zu 100 % -

ihre Erwerbstätigkeit als Service angestellte bei der Y.____ GmbH wieder auf (Urk. 10/A7-A8).

Ab dem 1. Januar 2012 arbeitete die Versicherte in der Gastronomie jeweils wenige Monate in Folge für andere Betriebe, so für die A.____

Genossenschaft, die B.____ AG und C.____

(Urk. 10/A29, Urk. 10/M11 S. 3, Urk. 10/A53.2).

E. 1.1

X.____, geboren 1968, war als Serviceangestellte bei der Y.____ GmbH obligatorisch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 5. Dezember 2008

beim Überqueren des Fussgängerstreifens von einem Fahrzeug angefahren wurde (Urk. 10/A1, Urk. 10/1 S. 4). Dabei erlitt sie Verletzungen am Kopf und am rechten Schienbein sowie am

rechten Knie (Urk. 10/M35 S. 2). Die Erstbehandlung erfolgte stationär im Spital

Z.____ vom 5. bis 23. Dezember 2008, wo die Diagnosen eine proximale

Tibiafraktur

(plurifragmentär, Übergang Schaft/Metaphyse), einer plurifragmentären Fraktur des Fibulaköpfchens AO-Typ A3, einer nicht dislozierten fronto-basalen Fraktur links, einer Rissquetschwunde infraorbital links und parietal median sowie einer Comotio cerebri gestellt wurden (Bericht vom 14. Januar 2009, Urk. 10/M2). Am 11. Dezember 2008 wurde das rechte Schienbein und das rechte Knie operiert (Operationsbericht gleichen Datums des Spitals Z.____; Urk. 10/M

E. 1.2

Am 19. April 2012 begutachtete Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, die Versicherte im Auftrag der AXA und hielt fest, dass als Folge des Unfalls vom 5. Dezember 2008 Restbeschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks und des proximalen Unterschenkels rechts sowie des Kopfes bestünden (Kurzgutachten vom 15. Mai 2012,

Urk. 10/M11). Am 11. Februar 2013 wurde im Spital Z.____ das Osteosynthesematerial im rechten Schienbein entfernt (OSME; Bericht vom 12. Februar 2013, Urk. 10/M13, Operationsbericht vom 12. Februar 2013, Urk. 10/M22).

Am 3. Februar 2014 wurde die Versicherte von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, neurologisch (Urk. 10/M25) und am 10. April 2014 nach Zuweisung von Dr. E.____ im Spital F.____ neuropsychologisch (Bericht gleichen Datums; Urk. 10/M27) untersucht. Dr. E.____ hielt im zusammenfassenden Abschlussbericht (weiterhin datiert vom 3. Februar 2014) nebst den bekannten Diagnosen eine Migräne ohne Aura und schwierig objektivierbare, subjektive Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hinweise auf eine posttraumatische Ursache bei/mit neuropsychologisch festgestellten inkonsistenten, unspezifischen kognitiven Minderleistungen fest (Urk. 10/M28).

E. 1.3

Die Vertrauensärzte der AXA, Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, nahmen am 3. und am 9. Juli 2014 zu den medizinischen Akten in Bezug auf die Restbeschwerden am rechten Knie (Bericht vom 3. Juli 2014, Urk. 10/M33) respektive betreffend die Kopf- sowie neuropsychologischen Beschwerden

(Bericht vom 9. Juli 2014, Urk. 10/M34) Stellung.

Mit Verfügung vom 21. August 2014 schloss die AXA den Schadensfall per 21. August 2014 ab. Sie stellte den Wegfall der Kausalität bezüglich der Kopfbeschwerden als Unfallfolgen fest und verneinte einen Anspruch auf weitere Heilbehandlungen sowie auf eine Invalidenrente betreffend die Restbeschwerden am rechten Knie.

Ausserdem sprach die AXA der Versicherten mit derselben Verfügung eine Integritätsentschädigung auf der Grundlage eines Integritätsschadens am rechten Knie von 5 % zu (Urk. 10/A70).

Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 22. September 2014 Einsprache (Urk. 10/A78), woraufhin die AXA die Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, vom 31. März 2015 (Urk. 10/M36) einholte. Gestützt darauf hiess die AXA die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 12. Mai 2015 in dem Sinne teilweise gut, dass sie der Versicherten eine Integritätsentschädigung aufgrund eines 10%igen Integritätsschadens

zusprach. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen (Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 11. Juni 2015 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid

vom 12. Mai 2015 sei aufzuheben und es sei ihr ab Datum der Leistungseinstellung per 21. August 2014 aufgrund der anerkannten Knieverletzung eine angemessene Invalidenrente zu zusprechen. Ausserdem sei die Zusprechung von UVG-Leistungen (Heilungskosten, Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung) anhand einer ergänzen den polydisziplinären medizinischen Abklärung in neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Hinsicht sowie mittels einer funktionellen Leistungsprüfung abzuklären und es sei hernach ihr diesbezüglicher Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort

vom 25. September 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 S. 2). Im zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Replik vom 8. Dezember 2015, Urk. 1

E. 2.5

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass die geklagten Kopfschmerzen und neurokognitiven Einschränkungen Folgen des Unfalls vom 5. Dezember 2008 seien. Denn in den neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen habe dafür keine organische Ätiologie festgestellt werden können und es seien Inkonsistenzen festgestellt worden, die eine Aggravation der Beschwerden hätten vermuten lassen. Man sei von einer psychischen Ursache für die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite ausgegangen. Eine Kausalität zum Unfallereignis sei nicht festgestellt worden. Auch sei bei drei Kopfschmerzattacken pro Monat keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Hinzu komme, dass die geklagte Kopfschmerzproblematik in medizinischer Hinsicht erstmals drei Jahre nach dem Unfall, und zwar anlässlich der Untersuchung vom 19. April 2012 bei Dr.

D.____ erwähnt worden seien und eine Behandlung diesbezüglich nie durchgeführt worden sei. Auch sei eine Abklärung erst zirka zwei Jahre später von Februar bis April 2014 erfolgt. Zudem seien nicht ausreichend Brückensymptome dokumentiert, zumal die sporadisch geklagten Kopfschmerzen nicht zu einer Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. In Bezug auf die Beschwerden am rechten

Bein sei der Endzustand erreicht, da nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung des Knieleidens

zu rechnen sei. Eine Invalidenrente sei indes nicht geschuldet, da der Vergleich des massgeblichen parallelisierten Valideneinkommens von Fr. 44'334.-- mit dem gestützt auf den Tabellenlohn gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 48'803.40 keine Einkommenseinbusse respektive keinen Invaliditätsgrad ergebe. Der

Integritätsschaden sei aufgrund der Beurteilung von Dr. I.____ von 5 % auf 10 % angehoben worden (Urk. 2 S. 4 ff.). 3.2

Die Beschwerdeführer in

bringt hierzu vor, die Integritätsentschädigung sei nicht mehr Gegenstand der Beschwerde. Aufgrund der Knieverletzung rechts sei jedoch eine Invalidenrente geschuldet, eventualiter auch aufgrund der noch abzuklärenden neurologischen und psychiatrischen Unfallschäden. Es werde bestritten, dass sie in der Tätigkeit als Bar- und Service angestellte schmerzfrei gewesen sei und die unfallkausalen Beschwerden schon kurz nach dem Unfallereignis vollständig und dauernd abgeheilt gewesen seien. Dass sie während der Phase des von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Case-Managements trotz der kognitiven Einschränkungen und der Kopfwehattacken arbeitstätig und -fähig gewesen sei, bedeute nicht, dass die beim Unfall erlittene Schädelbasisfraktur nicht mehr relevant wäre. Die Knieverletzung habe zu Beginn im Vordergrund gestanden. Selbst ohne objektive Befunde vermöge sich ein bereits nach dem Unfall bestehendes eingeschränktes kognitives Profil erst später, Jahre nach dem Ereignis, bemerkbar machen. Zusätzlich zu beachten sei sodann die Rechtsprechung zu Schmerzen, psychischen und psychosomatischen Beschwerden nach Unfallereignissen. Der neurologisch relevante Schaden falle danach unter die sogenannten echten Schmerzbilder und sei damit ebenfalls invaliditätsrelevant, wobei bei ihr von der Unzumutbarkeit der Leidensüberwindung über sechs Jahre nach dem Unfall ausgegangen werden könne. Es seien verschiedene Arbeitsversuche in den letzten Jahren bis heute belegt, zum Teil auch zu 100%, welche jedoch allesamt aufgrund der starken Belastung mit diesem Pensum gescheitert seien. Eine Schädelbasisfraktur und Commotio cerebri würden zusammen oft ein unheilvolles Gespann bilden, welche nicht selten zu einer Fixierung auf die immer wiederkehrenden Migräne-Schmerzen führen würden, selbst wenn diese organisch letztlich nicht befundet werden könnten. Da die Beschwerdegegnerin von der Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung abgesehen habe, könne auch die Intensität, Ausprägung und Dauer sowie überhaupt das Vorhandensein einer qualifizierten psychischen Gesundheitsstörung nach dem Unfallereignis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abschliessend abgeschätzt und beurteilt werden. Hinweise auf ein psychisches Unfallgeschehen fänden sich in den medizinischen Akten durchaus, so bei Dr. E.____, wonach die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung psychisch und nicht neurologisch bedingt seien. An eine psychiatrische Behandlung aufgrund der vorliegenden psychosomatischen Belastungssituation sei in den vergangenen Jahren seit dem Unfallereignis aufgrund des immensen Existenzdrucks und ihrer entsprechenden Überlebensangst als alleinerziehende, finanziell stets am Rande stehende Mutter, rein zeitlich nicht zu denken gewesen. Auch verschiedene Verdrängungsmechanismen hätten hier eine Rolle gespielt, was sich in wiederkehrenden Migräneattacken manifestiert habe. Entsprechend ergebe sich daraus die Notwendigkeit einer ergänzenden psychiatrischen Abklärung unter Berücksichtigung der seit BGE 141 V 281 gültigen Kriterien. Bestritten werde des Weiteren

die Zumutbarkeitsbeurteilung der Beschwerdegegnerin. Bei der Bestimmung der noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit könne nicht auf die Einschätzung des Vertrauensarztes Dr. G.____ abgestellt werden, da dieser noch von einer geringeren Schädigung des Kniegelenkes ausgegangen sei als Dr. I.____

im Bericht vom 31. März 2015. Die dort aufgeführten und für die Einschränkung relevanten Befunde seien beächtlich und dieser Bericht falle negativer aus. Die Probleme würden mit den Jahren dauernd zunehmen, so dass eine Verschlechterung und nicht eine Stabilisierung oder gar Verbesserung zu erwarten seien. Es sei daher nicht zulässig, allein gestützt auf die zwei voneinander abweichenden kurzen Aktenberichte von beratenden

Ärztinnen ohne knieorthopädische Begutachtung und funktionelle Leistungsprüfung über die Zumutbarkeitsfrage abschliessend zu entscheiden. Idealerweise sei eine solche im Rahmen einer polydisziplinären Abklärung unter Einbezug der neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Beschwerden vorzunehmen. Des Weiteren verwehre sie sich gegen den Vorwurf der mangelnden Leistungsbereitschaft. Sie habe in der Vergangenheit immer wieder versucht, beruflich an verschiedenen Stellen einzusteigen. Auch vor kurzem habe sie eine beschränkte Tätigkeit im Café J.____ ausgeübt, was jedoch letztlich wiederum aufgrund ihrer Unfallbeschwerden misslungen sei. Ausserdem werde bestritten, dass der von Dr. G.____ beschriebene Arbeitsplatz von ihr ganztags ausgeübt und ein Einkommen erzielt werden könnte, welches höher sei als das Invalideneinkommen. Es sei vom Invalideneinkommen daher ein Abzug von 20

% vorzunehmen, was mit den im Einspracheentscheid angenommenen Löhnen einen Invaliditätsgrad von 15 % ergeben würde (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 17 S. 2 ff.). 3.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin bei Fallabschluss per 21. August 2014 (Urk. 10/A70 S. 5) zu Recht die

geltend gemachten

Kopfbeschwerden und neuropsychologischen und/oder psychischen Störungen als nicht unfallbedingt

urteilt hat (vgl. E. 4 nachfolgend) und in Bezug auf die Restbeschwerden am rechten Knie zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat (vgl. E. 5-6 hernach).

Nicht strittig und daher im Folgenden nicht mehr zu prüfen ist der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für den Gesundheitsschaden am rechten Knie.

4. 4.1

4.1.1

Es steht unstrittig fest, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 5. Dezember 2008 nebst der Tibiafraktur und der Fraktur des Fibulaköpfchens eine nicht dislozierte fronto-basale Fraktur links, eine Rissquetschwunde infraorbital links und parietal median sowie eine Comotio cerebri erlitt (vgl. Bericht des Spitals Z.____

vom 14. Januar 2009, Urk. 10/M2). Es ist daher nachvollziehbar, dass nach dem Unfall auch Kopfbeschwerden bestanden.

Der Rettungsdienst hatte im Bericht vom 5. Dezember 2008 jedoch einen Glasgow-Koma-Skala-Wert (Glasgow Coma

Scale; GCS) von 15 festgehalten (Urk. 10/M35 S. 2), was der maximalen Punktzahl und damit einem vollen Bewusstsein entspricht und somit auf eine nicht besonders gravierende

Verletzung hindeutet (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2.2). Die neurologische Überwachung während der fast dreiwöchigen initialen stationären Behandlung war gemäss dem Austrittsbericht des Spitals Z.____ unauffällig (Urk. 10/M2). Die Computertomographie (CT) vom Unfalltag ergab nebst der paramedianen Frontobasisfraktur links keine weiteren Schädelfrakturen und keinen Nachweis einer cerebralen traumatischen Läsion oder eines kalottennahen Hämatomes (Urk. 10/M23). Dem entsprechend stellten die Ärzte des Spitals Z.____ die Diagnose einer Comotio cerebri (Urk.

10/M2 S. 1) , was einer Verletzung des Schädels ohne Hirn beteiligung respektive einem leichten

Schädel-Hirn-Trauma entspricht.

In den medizinischen Berichten in den ersten Monaten nach dem Unfall vom 5. Dezember 2008 wurden weder Kopfschmerzen noch neuro psychologische Ausfälle festgehalten. Auch fanden im Verlauf der ersten Monate nach dem Unfall unstrittig weder eine spezifische Behandlung noch eine spezifische Folgeabklärung wegen solcher Beschwerden statt (vgl. Urk. 10/M1-9). Dem Kurgutachten von Dr. D.____ vom 15. Mai 2012 ist zu entnehmen, dass keine Nachkontrolle bezüglich der Schädelbasisfraktur statt gefunden habe (Urk. 10/M11).

4.1.2

Lediglich in den Berichten des Case Managements (CM) der Beschwerde gegen ihn wurden nebst den Kniebeschwerden rechts weitere Beschwerden erwähnt. So ist dem Schadeninspektoren-Bericht vom 10. Februar 2009 zu entnehmen, dass die Versicherte unter andauerndem Schwindel leide und ab und zu auch noch Kopfschmerzen habe (Urk. 10/A2 S. 2). In der Notiz vom 29. Juni 2009 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei mit leichten Beschwerden zu 100 % erwerbstätig. Sie sei wetterfähig, was sie vor dem Unfall nicht gewesen sei. Ansonsten gehe es entsprechend gut (Urk. 10/A9). Im CM-Bericht vom 13. August 2009 wurde ausgeführt, nach Angaben der Beschwerdeführerin

seien die Kopfschmerzen nur noch sporadisch bei Wetterwechsel vorhanden (Urk. 10/A12). In den darauffolgenden Berichten wurden jedoch keine Kopfbeschwerden oder neuropsychologische respektive -vegetative Beschwerden mehr aufgeführt.

Auch war

die Beschwerdeführerin nach dem Unfall längerfristig medizinisch betreut worden . Dennoch waren bei ihr keine besondere n Behandlungen oder Abklärungen bezüglich Kopfbeschwerden oder neuropsychologischen Einschränkungen für notwendig erachtet worden. Auch wurde wegen solcher Beschwerden keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Behandlungen und attestierten Arbeitsunfähigkeiten betrafen stets die Verletzungen am rechten Bein. Zudem hatte die Beschwerdeführerin die bisherige Erwerbstätigkeit als Serviceangestellte ab Mitte Mai 2009 zu 100 % wieder aufgenommen (Urk. 10/A7-A8, Urk. 10/M38.1).

Dem Bericht des Spitals F.____ vom 10. April 2014 ist hierzu zu entnehmen, nach Angaben der Beschwerdeführerin habe sie nach dem Unfall noch vier Jahre in der vorherigen Tätigkeit im Café K.____

gearbeitet, was gut gegangen sei. Eine Einschränkung der Arbeitsleistung sei ihr und auch ihrem Arbeitgeber nicht aufgefallen. Sie habe schliesslich selbst gekündigt, weil es Umstrukturierungen gegeben habe und sie nicht die Möglichkeit gehabt habe, aufgrund des geforderten Pensums ihre Tochter zu betreuen (Urk. 10/M27 S. 1). Es ist somit davon auszugehen, dass damals infolge des Unfalls keine längerfristigen Einschränkungen zufolge der Kopfverletzung bestanden hatten . 4.1.3

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend erkannte, wurde in einem medizinischen Bericht erstmals mehr als drei Jahre nach dem Unfall fest gehalten, dass die Beschwerdeführerin

unter Kopfschmerzen leide. Weitere Beschwerden wie Schwindel oder Konzentrationsstörungen wurden nicht angegeben. Und zwar führte der orthopädische Chirurg Dr. D.____, der die Beschwerde führerin am 19. April 2012 untersucht hatte, in seinem Kurzgutachten vom 15. Mai 2012 unter dem Titel „Aktuelle Beschwerden“ aus, die Beschwerde führerin leide häufig noch unter Kopfschmerzen, die vom Nacken in die Stirn ausstrahlen würden. Insbesondere bei Wetterwechsel würden diese Migräneanfälle auftreten (Urk. 10/M11 S. 3). Diagnostisch schloss Dr. D.____ auf chronische, rezidivierende Kopfschmerzen bei Status nach nicht dislozierter fronto-basaler Fraktur links, Rissquetschwunde infraorbital links und parietal median sowie Comotio cerebri (Urk. 10/M11 S. 7).

Eine fachärztlich adäquate Abklärung der Kopfbeschwerden fand erstmals am 3. Februar 2014, mithin mehr als fünf Jahre nach dem Unfall vom 5. Dezember 2008, durch den Neurologen Dr. E.____ statt. Gemäss dessen Bericht vom 3. Februar 2014

klagte die Beschwerdeführerin nunmehr über sporadische, heftige, pulsierende Kopfschmerzattacken, welche drei Mal pro Monat auftreten würden. Sie würden im Bereich der Stirn beginnen und bis in den Hinterkopf ausstrahlen oder umgekehrt von okzipital bis in die Stirn. Diese Kopfschmerzen könnten heftig sein, die Versicherte verträge dann kein Licht und keinen Lärm. Vor dem Unfall habe sie Kopfschmerzen nicht gekannt. Bei der Arbeit habe sie Mühe, sich zu konzentrieren, vergesse Bestellungen und fühle sich rasch überfordert (Urk. 10/M28 S. 1). Dr. E.____

führte zu seinen Abklärungen aus, die Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels vom 11. Februar 2014 sei unauffällig ausgefallen und habe keine Hinweise auf posttraumatische Residuen gezeigt. Auch hätten sich klinisch und im Mentalstatus keine Hinweise auf neurologische Residuen bei Status nach paramedianer

Frontobasisfraktur finden lassen. Es hätten zwar Befunde vorgelegen, welche nicht normal seien. Er beurteile diese jedoch als koperationsbedingt. Sie würden nicht durch eine frontobasale, traumatische Hirnverletzung erklärt. Aus diesem Grund habe er die Beschwerdeführerin zur neuropsychologischen Untersuchung angemeldet. In dieser Untersuchung (vom 10. April 2014 im Spital F.____, vgl. den Bericht gleichen Datums, Urk. 10/M27) habe der klinische Eindruck bestätigt werden können. Es hätten sich insgesamt inkonsistente unspezifische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Mnestik, Visuokonstruktion und im Bereich Attentional-Exekutivfunktionen gezeigt. Es habe eine suboptimale Leistungsbereitschaft mit Aggravation dokumentiert werden können. Damit würden sich die neuropsychologischen Befunde mit seiner klinischen Einschätzung decken, dass die Hauptbeschwerden einer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung im Wesentlichen psychisch bedingt seien und nicht durch eine Unfallfolge erklärt werden könnten (Urk. 10/M28 S. 2 f.). Dr. E.____ stellte entsprechend die Diagnosen einer Migräne ohne Aura und schwierig objektivierbarer, subjektiver Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung ohne Hinweise für eine posttraumatische Ursache (Urk. 10/M28 S. 1). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein neurologischer Sicht bei den aktuellen Befunden nicht eingeschränkt (Urk. 10/M28 S. 3). 4.1.4

Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Sachlage ist die Einschätzung des neurologischen Vertrauensarztes Dr. H.____ vom 9. Juli 2014, wonach keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Kopfschmerzen oder der neuropsychologischen Ausfälle

anzunehmen sei und die Migräne-Attacken respektive deren Häufung lediglich möglicherweise als unfallkausal zu beurteilen seien, schlüssig und ohne Weiteres nachvollziehbar.

Die geklagten neuropsychologischen Einschränkungen konnten in der Testung zudem zufolge Inkonsistenzen respektive Aggravation nicht nachvollzogen werden, weshalb deren Vorliegen und Ausmass fraglich sind und sie jedenfalls nicht als Folge des Unfalls zu sehen sind. Ausserdem können neuropsychologische Tests gemäss konstanter Rechtsprechung (BGE 119 V 335 E. 3c) ohnehin keinen Nachweis für die Kausalität zwischen geltend gemachten kognitiven Leistungsschwächen und dem Unfallereignis erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 5). Auch waren in den Jahren nach dem Unfall bis im Jahr 2014 keine solchen Defizite dokumentiert worden.

4.2

4.2.1

Zusammenfassend ergibt sich aus den angeführten Arztberichten überzeugend, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 5. Dezember 2008 keine schwerere Hirnverletzung als eine Commotio cerebri erlitten hat, die fronto-basale Fraktur und die Rissquetschwunde ohne Komplikationen verheilten und diese Verletzungen für die ab 2014 abgeklärten Kopfschmerzen nicht mehr verantwortlich gemacht werden können.

Insbesondere schloss die Beschwerdegegnerin angesichts der fehlenden organischen Ursache, der fehlenden spezifischen Beschwerdebildung und der fehlenden wegen Kopfbeschwerden und neuropsychologischen Defiziten attestierten Arbeitsunfähigkeit sowie wegen der grossen Latenzzeit in der Beschwerdedokumentation zu Recht darauf, dass die ab 2014 geklagten und fachärztlich als Migräne qualifizierten Kopfbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich

als Folge des Unfalls vom 5. Februar 2008 zu beurteilen sind. Eine Leistungspflicht ergibt sich daraus für die Beschwerdegegnerin somit nicht. 4.2.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist bei gegebener Aktenlage eine Abklärung aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig. Eigentliche psychische Beschwerdebilder wurden nach dem Unfall weder diagnostiziert noch behandelt. Soweit die geklagten neuropsychologischen Defizite, insbesondere die subjektiv festgestellte Konzentrationsstörungen, psychisch bedingt sind, sind sie fünf Jahre nach dem Unfall jedenfalls nicht als unfallkausal zu beurteilen. Daran ändert auch nichts, dass Dr. E. _____

mehr als fünf Jahre nach dem Unfall im Bericht vom 3. Februar 2014

eine psychiatrische Abklärung empfahl, nach dem er darauf geschlossen hatte, dass die erhobenen Befunde nicht durch Unfallfolgen zu erklären seien (Urk. 10/M28 S. 3).

Die geltend gemachte Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne von BGE 141 V 281 sodann fällt überhaupt erst in Betracht, wenn der natürlich und adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis zu bejahen sowie

der Anspruch auf eine Rente der obligatorischen Unfallversicherung zu beurteilen ist (BGE 141 V 574 E. 5.2). Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Das Bundesgericht hat in BGE 140 V 290 (E. 3.3.1) im Übrigen offengelassen, ob die Diagnose einer Migräne überhaupt als

pathogenetisch - ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage

zu qualifizieren sei (vgl. auch die Aufzählung der betreffenden Beschwerdebilder in BGE 140 V

E. 7

S. 2; Duplik vom 22. Januar 2016, Urk. 21).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2017 sind die von der Bundesversammlung am 25. September 2015 beschlossene Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und die vom Bundesrat am 9. November 2016 beschlossene Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Nach Abs. 1 der Übergangsbestimmung zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, indes nach bisherigem Recht gewährt. Der hier betreffende Unfall ereignete sich am 5. Dezember 2008 (Urk. 10/A1), weshalb im Folgenden die hier massgeblichen, bis am 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Bestimmungen zitiert werden. 2.

2.1

Gemäss Art. 6 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 2.2

Als natürlich

kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Dabei genügt es, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). 2.3

2.3.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des

eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.3 mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nach Schweregrad des Unfalles weitere unfallbezogene Kriterien mit einzubeziehen (BGE 117 V 359 E. 6 und 369 E. 4, 115 V 133 E. 6 ; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_135/2012

vom 19. September 2012 E. 2). 2.3.2

Bei nach einem Unfall auftretenden psychischen Fehlentwicklungen werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa), während bei Schleudertraumen (BGE 117 V 359 E. 6a) und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67, U 183/93 E. 2) sowie bei Schädelhirntraumen (BGE 117 V 369 E. 4b) auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird. Dies, weil für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges als einer Rechtsfrage nicht entscheidend ist, ob die im Anschluss an eine solche Verletzung auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen, vielschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereiten würde (BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 116 f. in fine ; vgl. auch BGE 127 V 102 E. 5b/ bb S. 103 und SVR 2007 UV Nr. 8 S. 27, U 277/04 E. 2, je mit Hinweisen ; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_135/2012

vom 19. September 2012 E. 2). 2.4

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie ausserdem Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die vorausichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 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).

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente (Art. 19 Abs. 1 UVG) oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG).

E. 8

E. 2.2.1.3). 4.2.3

Sämtliche weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin führen zu keiner anderen Betrachtungsweise.

Auch sind von weiteren spezialärztlichen Erhebungen in neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Hinsicht keine entscheiderelevanten neuen Aufschlüsse zu erwarten, weshalb der Verzicht der Beschwerdegegnerin auf weitergehende diesbezügliche Beweissmassnahmen nicht zu beanstanden ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 131 I 153 E. 3, 124 V 90 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 3 mit Hinweis). 4.3

Es ist somit festzuhalten, dass spätestens ab Fallabschluss per 21. August 2014 kein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin für die geklagten Kopfbeschwerden und neuropsychologischen Defizite (mehr) bestand. 5. 5.1

In Bezug auf die persistierenden Beschwerden im Bereich des rechten Knies sind sich die Parteien darin einig, dass diese weiterhin als Folge der beim Unfall vom 5.

Dezember 2008 erlittenen Tibiafraktur

und Fraktur des Fibulaköpfchens rechts zu beurteilen sind und dass bei Fallabschluss per 21. August 2014 (Urk. 10/A70 S. 5) keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mehr erreicht werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

Zutreffend stellte die Beschwerdegegnerin die Taggelderleistungen und die Vergütung für Heilbehandlung im Sinne von Art. 16 f. und Art. 10 UVG betreffend die Restbeschwerden am rechten Bein ein und prüfte auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses hin den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art.

18 f. UVG). Strittig und zu prüfen ist dabei, ob die Beschwerdegegnerin

dabei zu Recht ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten

Tätigkeit

gemäss der Einschätzung ihres Vertrauensarztes Dr.

G.____ (Urk. 10/M33) auf ein Invalideneinkommen von Fr. 48'803.40 schloss (Urk. 10/A70 S. 3, Urk. 2 S. 7 f.). 5.2

5.2.1

Dem Bericht vom 13. Juni 2014 von Dr. med. L.____, Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Spitals Z.____, wo die Beschwerdeführerin

(nach der OSME vom 11. Februar 2013, Urk. 10/M13, Urk. 10/M22) neu wieder ab dem 27. Mai 2014 in zwei Konsultationen behandelt wurde (Urk. 10/M30 -M31), ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über rezidivierende belastungsabhängige Beschwerden am rechten Kniegelenk klagt . Es sei auch eine fragliche Geringfügigkeitsproblematik beschrieben worden. Eine eigentliche Blockade oder Ergussbildung habe die Beschwerdeführerin nie bemerkt. Das MRT vom 5. Juni 2014 habe intakte Kreuzbänder und einen Aussen- und Innenmeniskus ohne Auffälligkeiten gezeigt, die femoro-tibialen Knorpelbeläge seien leicht ver schmälert und signalinhomogen. Der Knorpelbelag femoro -patellar, der Hoffascher Fettkörper, die Quadrizeps - und Patellar sehne sowie die extra artikulären Weichteile seien je unauffällig. Nach seiner Einschätzung seien die Beschwerden multifaktoriell, und zwar einerseits bedingt durch die Chondropathie , andererseits durch die nach wie vor vorhandene Quadrizepsatrophie . Er habe ein Rezept für eine dreimonatige Chondrosulf-Kur und eine Verordnung für Physiotherapie abgegeben. Weitere Konsultationen seien nicht vorgesehen (Urk. 10/M31) .

Dr. med. M.____ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, hatte gemäss dem ärztlichen Zeugnis vom 20. Mai 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. bis 30. Mai 2014 attestiert und für die weitere Einschätzung auf jene des Spitals Z.____ verwiesen (Urk. 10/M38.6) . Dr. L.____ attestierte mit Zeugnis vom 27. Mai 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 15. Juni 2014 (Urk. 10/M38.3). 5.2.2

Der Vertrauensarzt Dr. G.____ schloss in seiner Stellungnahme zu den Akten vom 3. Juli 2014 darauf , dass die neuesten MRT-Bilder des rechten Knies eine etwas eigenartige Konfiguration des lateralen Tibiaplateaus zeigen

würden . Die übliche kuppelförmige Konfiguration sei gestört. Zu wesentlichen Knorpelschäden sei es (noch) nicht gekommen. Es sei von einer Störung der Gelenksgeometrie auszugehen. Die OSME vom 11. Februar 2013 habe nicht zu einer wesentlichen Besserung geführt. Auch bestehe die von Dr. L.____ beschriebene Quadrizepsatrophie seit langem. Offenbar sei es nicht gelungen, diese aufzutrainieren . Das aktuelle Beschwerdebild lasse sich mit der Störung der Gelenksgeometrie erklären und sei unfallbedingt. Es bleibe ein leicht vermindert belastbares Kniegelenk rechts. Dies äussere sich vorwiegend bei einer stehend und gehend durchzuführenden Tätigkeit. Eine genauere Aussage sei nicht möglich. Die Tätigkeit als Serviceangestellte sei für die Beschwerdeführerin wenig geeignet. Die genaue Einstufung der Einschränkung wäre nur mit einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit möglich. Eine leidensangepasste Tätigkeit , bei der

intervallweise zu etwa einem Drittel der Arbeitszeit Sitzen möglich sei und Gehen sowie Stehen nur auf guter Unterlage erforderlich sei, könne zeitlich ohne Limit ausgeführt werden. Das Tragen von Lasten sei aufgrund des asthenischen Habitus ohne zusätzliche Einschränkung aufgrund des rechten Knies auf häufiges Heben und Tragen bis 10 Kilogramm und manchmal bis 15 Kilogramm limitiert . Der Integritätsschaden sei auf 5 % anzu setzen (Urk. 10/M33).

Der Vertrauensarzt Dr. I.____

erklärte in seiner Stellungnahme vom 31. März 2015, er erachte die von Dr. G.____ verfasste Beurteilung in Bezug auf die Kausalität und Arbeitsfähigkeit als korrekt. Die Bemessung des Integritätsschadens erachte er jedoch als zu tief angesetzt, da bei der Durchsicht des

MRT-Befundes vom 5. Juni 2014 (Urk. 10/M32) doch eine deutliche Chondropathie Grad II bis III der lateralen tibialen Gelenkfläche mit charakteristischen Unregelmässigkeiten bei gleichzeitiger markanter Dorsalkippung des gesamten Tibiaplateaus auffalle. Sicher treffe zu, dass in den letzten fünf Jahren keine gravierende laterale Gelenkarthrose resultiert habe. Die Gelenkgeometrie sei aber deutlich gestört, was nach seiner Erfahrung die jetzt massigere Gonarthrose im Verlaufe der nächsten 5 bis 15 Jahren doch deutlich akzentuieren lassen werde. Da der Integritätsschaden unter Berücksichtigung einer allfälligen künftigen Verschlechterung einzuschätzen sei, sei dieser mit 10

% entsprechend einer - gegenüber jetzt - ausgeprägten Gonarthrose abzugelten (Urk. 10/M36). 5.3.5.3.1

Dr. G.____ und Dr. I.____ haben sich als beratende Ärzte der Beschwerdeführerin geäußert. Als solche sind sie, was den Beweiswert

ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen. Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_557/2015 vom 7. Oktober 2015

E. 5.2).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin erfüllen die hier zitierten Stellungnahmen von Dr. G.____ und Dr. I.____ diese Anforderungen. Insbesondere ist darin, dass Dr. I.____ den Integritätsschaden mit Blick auf die zukünftige Entwicklung höher einschätzte, kein Widerspruch zu sehen, der die Einschätzung der für die Rente massgeblichen Arbeitsunfähigkeit in Frage stellen könnte. Denn in Bezug auf die hier zu bestimmende Arbeitsfähigkeit stimmte Dr. I.____ der Einschätzung von Dr. G.____ zu (Urk. 10/M36).

Zudem ist für den Rentenanspruch der Gesundheitszustand entscheidend und der Beurteilung zugrunde zu legen, wie er sich bis zum Beginn einer allfälligen Rente - hier bis zum Fallabschluss (Art. 19 Abs. 1 UVG) am 21. August 2014 (Urk. 10/A70 S. 5) - entwickelt hat. Einer voraussehbaren zukünftigen Verschlechterung der Gonarthrose, wie sie Dr. I.____ prognostizierte und bei der Festsetzung des Integritätsschadens in Anwendung von Art. 36 Abs. 4 UVV berücksichtigte, wäre in Bezug auf den Rentenanspruch erst im Rahmen einer allfälligen Rentenrevidierung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG respektive (gegebenenfalls) unter dem Titel des Rückfalls oder der Spätfolge (Art. 11 UVV) Rechnung zu tragen.

Im Übrigen stellte auch Dr. I.____ nachvollziehbar fest, dass innerhalb der letzten fünf Jahre seit dem Unfall nicht eine gravierende Gelenkarthrose entstanden sei. Mittels MRT vom 5./11. Juni 2014 wurde eine Chondropathia

femor-tibiale Grad II-III, mithin eine mittelgradige pathologische Veränderung lediglich der femor-tibialen Gelenksknorpel, mit nur leicht verschmälernten Knorpelbelägen und mittelgradig ausgeprägten Fibrillationen vor allem am lateralen Femurcondylus ohne subchondrale und femoro-patelläre Läsionen festgestellt. Weitere Knorpelschäden oder Schäden am Meniskus und an den Bändern fanden sich nicht. Insgesamt fand sich kein

Hinweis auf eine gravierende Knieinnenläsion (vgl. den Radiologiebefund des Spitals Z.____

vom 11. Juni 2014, Urk. 10/M32). Dies entspricht nicht einer erheblichen degenerativen Veränderung des Kniegelenkes. 5.3.2

Des Weiteren muss einer ärztlichen Stellungnahme nicht in jedem Fall eine persönliche Untersuchung des Versicherten voraus gehen. Nach der Rechtsprechung sind Akten gutachten zulässig. Entscheidend ist, ob genügend Unterlagen vorliegen, was dann der Fall ist, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, so dass sich der Experte gesamthaft ein lückenloses Bild machen kann (Urteile des Bundesgerichts U 330/02 vom 5. Dezember 2003 E. 2 und 8C_1 81/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2, je mit Hinweis en). Dies trifft hier zu.

Die behandelnden Ärzte hatten

eine Arbeitsunfähigkeit zudem nur bis Mitte Juni 2014 attestiert (Urk. 10/M38.3, Urk. 10/M38.6 ; vgl. auch Urk. 10/M29), welche sich ausserdem auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte bezog. Von der Ausübung einer solchen riet auch Dr.

G.____ ab (Urk. 10/M33 S. 2).

Die von ihm dazu zur Frage nach der angestammten Tätigkeit erwähnte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist nicht notwendig, da die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte aufgrund der Kniebeschwerden ohnehin nachvollziehbar als nicht geeignet beurteilt wurde.

Was dagegen eine leidensangepasste, mithin knieschonende, wechselbelastende Tätigkeit betrifft, ist nicht einzusehen, weshalb nicht ein 100%iges Pensum zumutbar sein sollte, wie dies Dr. G.____ attestierte und von Dr. I.____ bestätigt wurde, zumal Dr. L.____

nur belastungsabhängige Beschwerden feststellte und sich eine gänzlich freie Beweglichkeit sowie ausser der mittelgradigen femoro-tibialen

Chondropathie keine Schädigungen im rechten Kniegelenk zeigten (Urk. 10/M31). 5.3.3

Es ist daher nach dem Gesagten für die hier zu beurteilende Frage des Rentenanspruchs ab dem 21. August 2014 nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin

bei der Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Einschätzung von Dr. G.____ vom 9. Juli 2014 einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis gelegentlich mittel schweren Tätigkeit (Urk. 10/M33) abstellte.

Von ergänzenden Beweismassnahmen, namentlich einem orthopädischen Gutachten, sind im Zusammenhang mit den unfallbedingten Kniebeschwerden keine neuen oder anderen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2). 6. 6.1

Zu prüfen ist weiter, ob die (spätestens) ab dem 21. August 2014 geltende 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit eine rentenbegründende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit (Art. 7 ATSG) begründet.

Der Invaliditätsgrad ist im Folgenden mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invaliden ein kommen auf zeitidentischer Grundlage ab (hypothetischem) Rentenbeginn im Jahr 2014 zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine , 128 V 174).

6.2

6.2.1

Die vor August 2014 letzte (zirka 60%ige) Anstellung der Beschwerdeführerin war auf den

E. 12

. Februar 2014 gekündigt worden (Urk. 10/A66 , Urk. 10/A69). Kann - wie hier - für die Bestimmung des Invalideneinkommens somit nicht auf die konkrete beruflich-erwerbliche Situation abgestellt werden, können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) oder der Suva-Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b so wie RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412).

Die Beschwerdeführerin ermittelte das Invalideneinkommen für das Jahr 2008 von Fr. 48'803.40

ausgehend vom statistischen Tabellenlohn gemäss LSE 2008, Anforderungsniveau 4 , und unter Berücksichtigung eines sogenannten leidensbedingten Abzuges von 5 % (Urk. 10/A70 S. 4) . Die Beschwerdeführerin macht dagegen einen Abzug von 20 % geltend (Urk. 1 S. 7 f., Urk. 17 S. 6).

6.2.2

Da hier nicht das hypothetische Einkommen im Jahr 2008, sondern im Jahr 2014 massgeblich ist, ist vom

statistischen Monatseinkommen von Fr. 4'300.-- bei Frauen gemäss der (seit 2012 in revidierter Form durchgeführten) LSE 2014 (TA1 [Privater Sektor] , Kompetenzniveau 1, Total Frauen) auszugehen (vgl. zur Revision und Anwendbarkeit der LSE ab 2012: IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen Nr. 328 vom 22. Oktober 2014 und Nr. 349 vom 20. Juni 2016 ; BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1).

Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen (vom BSF erhobenen) wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2014 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche , Tabelle T 03.02.03.01.04.01 , Abschnitt A-S , Total) betrug das massgebliche Durchschnittseinkommen im Jahr 2014 Fr. 53'793.-- (Fr. 4'300.-- x 12 ; : 40, x 41,7). 6.2. 3

Dieser Betrag ist recht sprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflicht gemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011

vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht noch mals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). Die Frage, ob ein Leidensabzug vorzunehmen ist, beschlägt eine Rechtsfrage, diejenige nach der Höhe des gewährten Abzuges eine typische Ermessensfrage, in deren Beantwortung durch die Verwaltung das Gericht nicht leichthin eingreift (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3).

Da die gesundheitlichen Einschränkungen angesichts des hier beachtlichen (unfallbedingten) Belastungsprofils noch wechselbelastende, leichte bis manchmal mittelschwere Tätigkeiten in einem 100%igen Pensum rechtfertigen, ist der von der Beschwerdeführerin vorgenommene Abzug von 5 % nicht zu beanstanden. Ein höherer Abzug wegen der alleinigen gesundheitlichen Einschränkung am Knie ist nicht vorzunehmen, da der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2).

E. 013

vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 7 f.) liegt hier nicht ein Fall vor, bei dem von einer ganztägigen Tätigkeit mit (zusätzlich zum hinreichend berücksichtigten Belastungsprofil) reduzierter Leistungsfähigkeit auszugehen ist, was rechtsprechungsgemäss im Übrigen grundsätzlich ohnehin keinen Abzug rechtfertigen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 mit Hinweisen). Ausserdem ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts selbst

der Umstand, dass eine 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).

Sodann lassen auch die weiteren Umstände (Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität, Beschäftigungsgrad) keine zusätzliche Reduktion vom statistischen Durchschnittslohn erwarten. Insbesondere fällt das Alter der Beschwerdeführerin, die im August 20

E. 14

46

Jahre alt war, nicht negativ ins Gewicht, weil Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig angeboten werden und sich das Alter im Kompetenzniveau 1 sogar eher lohn erhöhend auswirkt.

Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als Invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin alleinerziehend ein schulpflichtiges Kind zu betreuen hat (Urk. 1 S. 7, Urk. 10/M27 S. 2), muss im Rahmen des medizinisch zumutbaren 100%igen Arbeitspensums und mit Blick auf den hier massgeblichen ausgeglichenen

Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b) unberücksichtigt bleiben.

Aufgrund der italienischen Nationalität (Urk. 10/A1) sind bei der ab

2004 in der Schweiz erwerbstätig gewesenen Beschwerdeführer in (10/A53/3) keine negativen Auswirkungen auf den Verdienst zu erwarten. Auch lässt sich ein Abzug vom Tabellenlohn infolge sprachlicher Schwierigkeiten im Hinblick auf die ihr zumutbaren Tätigkeiten im Kompetenzniveau

1 (einfache Tätigkeiten), auf dem keine eigentlichen sprachlichen Anforderungen gestellt werden, nicht rechtfertigen, zumal die Beschwerdeführer in seit Jahren in der Schweiz lebt und arbeitet. Mangelnde Berufsbildung geben (insbesondere auf diesem Kompetenzniveau) ebenfalls keinen Anlass zu einem weiteren Abzug. Es stehen ihr genügend Stellenprofile offen, welche den medizinischen Anforderungen an eine leidensangepasste, körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit gerecht werden, ohne dass sie deswegen mit höheren Erfordernissen bezüglich Ausbildung und Sprachkenntnisse verbunden wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_83/2009 vom 15. Mai 2009 E. 4.2.4.2). Auch nimmt die Bedeutung der Anzahl Dienstjahre im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (AHI 1999 177 E. 3b S. 181), weshalb mit Blick auf das Kompetenzniveau 1

auch das Kriterium Betriebszugehörigkeit respektive

das Fehlen einer langen Betriebszugehörigkeit keinen Abzug zu rechtfertigen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

6.2.4

Es bleibt damit bei einem Abzug von 5 %, weshalb das Invalideneinkommen (im Jahr 2014) auf Fr. 51'103.35 (Fr. 53'793.-- x 0,95) festzusetzen ist. 6.3

6.3.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (hier: August 2014) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zu Recht auch zur Bestimmung des Valideneinkommens auf den statistischen Tabellenlohn gemäss LSE. Denn die Beschwerdeführerin hatte die bisherige Anstellung als Serviceangestellte bei der Y.____ GmbH nach dem Unfall (ab Mitte Mai 2009) wieder zu 100 % aufgenommen (Urk. 10/A7-A8) und wegen der betrieblichen Umstrukturierung aus persönlichen Gründen (Betreuung der Tochter), mithin nicht aus gesundheitlichen Gründen, aufgegeben (Urk. 10/M27 S. 1).

Es ist dabei unstrittig überwiegend wahrscheinlich, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin im Gastgewerbe tätig wäre. 6.3.2

Unabhängig davon, ob man zur Bestimmung des Valideneinkommens vom (tieferen) branchenspezifischen LSE-Tabellenlohn für die Gastronomie ausgeht (nach LSE 2014, Frauen, Kompetenzniveau 1, von Fr. 3'767.-- pro Monat respektive unter Berücksichtigung einer Arbeitszeit pro Woche von 42,3 Stunden von Fr. 47'803.25 pro Jahr) und diesen rechtsprechungsgemäss parallelisiert, mithin entsprechend erhöht (vgl. dazu BGE 135 V

297 E. 6, 135 V 58 E. 3, 134 V 322 E. 4 mit Hinweisen), wie dies die Beschwerdeführerin korrekt getan hat (vgl. Urk. 10/A70 S. 4), oder ob der durchschnittliche LSE-Tabellenlohn (Frauen, Total, Kompetenzniveau 1) von Fr. 4'300.--

(LSE 2014) respektive pro Jahr Fr. 53'793.-- (Fr. 4'300.-- x 12; : 40, x 41,7) zugrunde gelegt wird, führt der

Einkommensvergleich mit dem massgeblichen Invalidenlohn den Einkommen von Fr. 51'103.35 in jedem Fall nicht zu einem renten - begründenden Invaliditätsgrad von mindestens 10 % (Art. 18 Abs. 1 UVG). 6.4

Im Ergebnis verneinte die Beschwerdeführerin daher zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente nach Art.

E. 18

UVG. 7.

Der

angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Mai 2015 (Urk. 2) erweist sich damit in allen Punkten als rechtmässig. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 8.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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