

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00091 vom 14. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00091

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00091 du 14 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00091 del 14 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, war seit 1. April 1997 als Augenoptikerin bei der Y.____ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (im Folgenden: Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert (vgl. Urk. 7/1), als sie sich bei einem Verkehrsunfall vom 9. Mai 2002 eine Humerusschaftfraktur rechts, eine Schenkelhalsfraktur links, eine zwei gradig offene Femurschaftfraktur links, eine Rissquetschwunde Patella links und eine Bimalleolarfraktur rechts zuzog (vgl. Austrittsbericht des Z.____, Klinik für Unfallchirurgie, Urk. 7/3). Die Mobiliar trat auf den Schaden ein und leistete Heilbehandlung und Taggeld. Mit Verfügung vom 19. Juli 2012 sprach sie der Versicherten eine Integrationsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 40 % zu (Urk. 7/320).

Mit Verfügung vom 23. Mai 2016 sprach die Mobiliar der Versicherten mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 28 % zu (Urk. 7/389). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 24. Juni 2016 (Urk. 7/393) hiess sie teilweise gut und sprach der Versicherten mit Einspracheentscheid vom 8. März 2017 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 44 % zu (Urk. 7/408 = Urk. 2).

E. 2

UVG).

E. 2.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art.

18 Abs.

1 UVG). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art.

18 Abs.

E. 2.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die

alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 123 V 45 E.

2b, 119 V 335 E.

1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.3

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 125 V 456 E. 5a, 123 V 98 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 415 E. 2a, 121 V 45 E. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 E. 3a).

E. 2.4

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten

(Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid (Urk. 2) zusammengefasst

davon aus, dass die Beschwerdeführerin in Würdigung der ärztlichen Unterlagen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist (S. 12). Daran hielt sie mit Beschwerdeantwort (Urk. 6) und Duplik (Urk. 18) fest .

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen im Wesentlichen ein (Urk. 1) , gemäss Gutachten von Dr. A.____ vom 20. Februar 2015, auf welches abzustellen sei, bestehe in behinderungsangepasster Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei ein Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 10 % vorzunehmen, so dass sich ein Invaliditätsgrad von 65 % ergebe. Hieran hielt sie mit Replik fest (Urk. 14).

E. 3.3

Streitig und zu prüfen ist die Höhe der Invalidenrente und insbesondere in welchem Umfang die Beschwerdeführerin arbeitsfähig ist und ob bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist.

E. 4

2

Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. E.____ , Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie F.____ , Physiotherapeutin, G.____ ,

nannten im Gutachten inklusive Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 20. Mai 2008 (Urk. 7/136) folgende verkürzt dargestellten Diagnosen (S. 2 Ziff. 1): - Zustand nach Polytrauma nach Verkehrsunfall (Frontalkollision) vom 9. Mai 2002

- Restbeschwerden linkes Knie bei fortgeschrittener Varusgonarthrose und Zustand nach vorderer Kreuzbandläsion mit Instabilität - Periarthropathia

humeroscapularis rechtsseitig mit klinischen Zeichen eines subacromialen Konfliktes - chronisches zervikales - und lumbales Panvertebralsyndrom - symptomatisches Karpaltunnelsyndrom rechts - anamnestisch Status nach Vorfußschmerzen rechts bei Status nach in Fehlstellung abgeheilte Metatarsale - Schaftfraktur III - Zeichen eines dysfunktionalen Schmerz- und Krankheitsverhaltens

Eine Beurteilung der effektiven Leistungsgrenze sei mittels EFL-Tests infolge Selbstlimitierung nur begrenzt möglich. Aufgrund eines ausgeprägten Instabilitätsgefühls im linken Kniegelenk entlastete die Beschwerdeführerin im Gehen und Stehen konsequent das linke Bein und halte das Kniegelenk gestreckt . Infolge erheblicher Selbstlimitierung seien die Resultate der Belastbarkeitstests nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei gutem Effort mehr leisten könnte, als was sie bei den Leistungstests gezeigt habe (S. 4 Ziff. 3.1) . Sie zeige ein ausgeprägtes Schmerz- und Schonverhalten und habe in der EFL nur minimal belastet werden können . Abgeleitet von den Beobachtungen in der Testsituation sei davon auszugehen, dass Einschränkungen im Stehen, Gehen, Treppensteigen und beinbelastenden Anforderungen bestünden (S. 4 f. Ziff. 3.2).

Aufgrund der nachvollziehbaren Einschränkungen durch die linksseitige Kniegelenkproblematik bestünden Einschränkungen bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als

Augenoptikerin in einem Fachgeschäft, da die Arbeitsanforderungen doch gelegentlich Gehen, Treppensteigen und längeres Stehen beinhalteten. Medizinisch-theoretisch dürfte die letzte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht zu 33 % zumutbar sein (S.

E. 4.1

Dr. med. C.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, stellte im Gutachten vom 1. November 2006 (Urk. 7/100) folgende Diagnosen (S. 4 Mitte): - Status nach Oberarmfraktur - mit Plattenosteosynthese versorgt, Platte liegend - lokale Restbeschwerden - kosmetisch wüste Narbe - Carpal-Tunnel-Syndrom rechts - Status nach Bimalleolärfraktur rechter Fuss - Belastungsbeschwerden - Status nach Metatarsale -III-Fraktur rechts - beginnende Hammerzehe III - lokale Belastungsschmerzen - Status nach Schenkelhals- und offener Oberschenkelfraktur - Status nach Pseudoarthrose, mit Künschernagel versorgt, noch liegend - medialer Meniskusriss linkes Knie - hintere Kreuzbandruptur - Status nach medialer Seitenbandzerrung - gelegentliches Herzrasen - panvertebrale Beschwerden, Verspannungen

Die von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden würden glaubhaft geschildert und könnten orthopädischerseits alle objektiviert werden (S. 4 unten). Die gesundheitlichen Störungen könnten alle auf den Unfall zurückgeführt werden (S. 5 oben). Zur Verbesserung der Beschwerden seien zahlreiche näher dargelegte Behandlungsmassnahmen erforderlich, die eine längere Zeit benötigten (S. 5 unten). Es lägen keine unfallfremden Faktoren vor (S. 7 oben), und es bestehe keine Arbeitsfähigkeit, weder in der ursprünglichen noch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (S. 7 Mitte).

E. 4.3

Im Gutachten vom 13. Oktober 2008 (Urk. 7/149) legte Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, es lasse sich aktuell keine ausgeprägte psychische Störung feststellen. Eine posttraumatische Belastungsstörung lasse sich retrospektiv nicht diagnostizieren beziehungsweise sei zwischenzeitlich wieder remittiert. Die vorübergehende ausgeprägte psychische Symptomatik sei als sekundäre Folge des Unfallereignisses sowie als Reaktion auf die Unfallfolgen, insbesondere die chronischen Schmerzen zu verstehen (S.

E. 5

f.

Ziff. 6.1).

Eine körperlich vorwiegend sitzende Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht mindestens 5 ½ Stunden täglich zumutbar mit zeitlichen Leistungsminderungen um 10 % aufgrund verschiedener, sich teilweise ungünstig beeinflussender Beschwerdegebiete (S. 6 Ziff. 6.2).

E. 5.1

Mit rechtskräftigem Urteil vom 3. April 2018 in Sachen des Beschwerdeführers gegen die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. April 2018 (Prozess Nr. IV.2017.00106) ist das Gericht zum Schluss gekommen, dass das chirurgisch-traumatologische Gutachten von Dr. A.____ vom 22. Februar 2015

die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen vollumfänglich erfülle (E. 4.3). Das Gericht erwog im Weiteren, dass der medizinische

Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten sei, dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Augenoptikerin nicht mehr ausüben könne, eine angepasste Tätigkeit jedoch unter Berücksichtigung eines näher umschriebenen Belastungsprofils zu 70 % zumutbar sei (E. 4.7). Hieran ist auch im vorliegenden Fall festzuhalten, sind im invalidenversicherungrechtlichen Verfahren keine Gesundheitseinbussen beurteilt worden, die nicht auch Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind, und liegen im vorliegenden Verfahren keine Gesundheitseinbussen im Streit, die nicht auch im invalidenversicherungrechtlichen Verfahren berücksichtigt worden sind.

E. 5.2

Nachdem Dr. A. ___ der Beschwerdeführerin im Gutachten vom 7. Juni 2010 (E. 4.4) eine Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 50 % und von zirka 70 % in angepasster Tätigkeit attestiert hatte, ging er im Gutachten vom 22. Februar 2015 (E. 4.7) bei unveränderten objektiven Befunden, aber subjektiv empfundener Progredienz der Schmerzen besonders im linken Kniegelenksbereich davon aus, dass der Beschwerdeführerin unter zumutbarer Willensanstrengung in einer angepassten Tätigkeit ein ganztägiger Einsatz zugemutet werden könne, sofern alle zwei Stunden eine halbe Stunde Pause eingelegt werden könne. Überdies solle in einer langen Mittagspause die Möglichkeit bestehen, sich hinzulegen und/oder das Bein hoch zulegen.

Insgesamt schätzte Dr. A. ___ die Arbeitsfähigkeit dahingehend ein, dass die Beschwerdeführerin eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % (in behinderungsangepasster Tätigkeit) nicht erreiche, und machte - wie noch im Gutachten vom 7. Juni 2010 - keine Unterscheidung mehr zwischen allgemeinem Arbeitsmarkt und angepasster Tätigkeit.

Geht man von einem ganzen Arbeitstag aus, sind bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen, T03.02.03.01.04.01, Total) an einem Tag knapp 8.5 Stunden Arbeit zu verrichten. Nebst der Mittagspause müssen der Beschwerdeführerin somit höchstens drei zusätzliche halbstündige Pausen eingeräumt werden, womit sich ihre Arbeitszeit um höchstens 1.5 Stunden verringert. Die erforderlichen Pausen entsprechen damit 17.6 % und nicht 50 %. Selbst wenn - wie Dr. A. ___ es im Gutachten vom 7. Juni 2010 tat - von 8 Stunden Arbeitsleistung pro Tag ausgegangen wird, sind bei halbstündigen Pausen alle 2 Stunden neben der Mittagspause lediglich 2 zusätzliche Pausen im Gesamtumfang von 1 Stunde nötig, was einer Einschränkung von 12.5 % entspricht. Bei der Berechnung des zeitlichen Pausenbedarfs über den Arbeitstag verteilt scheint Dr. A. ___

auch die Mittagspause miteingerechnet zu haben, welche indessen üblicherweise auch bei gesunden Arbeitnehmenden nicht als Arbeitszeit gilt und daher nicht von der zu leistenden Arbeitszeit abzuziehen ist. Jedenfalls aber wurde mit einer im Urteil vom 3. April 2018 angenommenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin genügend Rechnung getragen.

Insofern Dr. A. ___ in der ergänzenden Stellungnahme darlegte (E. 4.8), dass die Beschwerdeführerin anlässlich der L. ___ -Abklärung keine von ihm empfohlenen Pausen habe einschalten können und die Bemühungen wegen Verstärkung der Beschwerden nach

etwa 4 Stunden habe abbrechen müssen, was den Eindruck bestärke, dass eine ganztägige Beschäftigung an die Einhaltung dieser Pausen und vorgegebenen Lagerung des linken Beins gebunden sei, erklärt dies nicht, dass selbst unter Berücksichtigung der Pausen lediglich eine Arbeitsfähigkeit von unter 50 % gegeben sein soll. Vielmehr legt dies den Schluss nahe, dass eine Arbeitsleistung verteilt auf den ganzen Tag länger möglich gewesen wäre, wären die Pausen eingehalten worden. Die Erklärung, dass die bekannten qualitativen Einschränkungen selbst hinzukämen, wenn eine ganztägige Beschäftigung gelänge, betrifft nicht die Frage der zeitlich möglichen Belastung, sondern das Profil der zumutbaren Arbeit.

E. 5.3

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen ist. 6. 6.1

Im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung besteht zwar keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig, dennoch rechtfertigt es sich

aufgrund des medizinischen Sachverhalts, für die Invaliditätsbemessung von den gleichen Einkommen auszugehen wie im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren, wurde doch auch vom gleichen Gesundheitsschaden und der gleichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen (vgl. vorstehende E. 5). 6.2

Das Gericht erachtete im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren (vgl. Urteil vom 3. April 2018 im Prozess-Nr. IV.2017.00106) das Heranziehen des im Unfalljahr erzielten Einkommens nach über 10 Jahren nicht mehr als rechtens und zog das im Jahr 2012 von Frauen im Durchschnitt für Assistenzberufe im Gesundheitswesen im privaten und öffentlichen Sektor erzielte Einkommen von Fr. 6'468.-- (BSF, Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2012, Tabellengruppe T17, Ziff. 32 Total) pro Monat heran, welches unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Sektor 3 von 0.8 % im Jahr 2013 (BFS, Nominallohnindex 1993-2017, Tabelle T1.93, Sektor 3) und unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Gesundheitswesen von 41.5 Stunden pro Woche im Jahr 2013 (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen, T03.02.03.01.04.01, Ziff. 86) auf ein jährliches Valideneinkommen von rund Fr. 81'171.-- aufgerechnet wurde (E. 5.3).

Betreffend die Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich das Gericht im invalidenversicherungsrechtlichen Prozess auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss Tabelle TA1 der LSE, welches im Jahr 2012 für Frauen Fr. 4'112.-- betrug. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2013 in der Höhe von 0.7 % (Nominallohnindex, a.a.O.) sowie der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, a.a.O.) und einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 70 %

ergab dies ein zumutbares Einkommen im Jahr 2013 von rund Fr. 36'271.-- (E. 5.5). Von diesem Einkommen wurde ein Tabellenlohnabzug von 5 % vorgenommen mit der Begründung, der Beschwerdeführerin könnten nur noch sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, kurz aufzustehen und herumzugehen, zugemutet werden, was ein Invalideneinkommen von Fr. 34'448.-- ergab (E. 5.6). Im Vergleich zum

Valideneinkommen

von Fr. 81'171.-- ergibt dies eine Einkommenseinbusse von Fr. 46'723. -- beziehungsweise von 58 %. 7.

Nach dem Dargelegten erleidet die Beschwerdeführerin aufgrund des Unfalls vom 9. Mai 2002 eine Erwerbseinbusse von 58 %, welche einen Anspruch auf eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 58 % begründet. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 8.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Deren Höhe ist gemäss § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert, zu bemessen. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer (MWSt) ist die Partei - entschädigung auf Fr. 2'700.-- inklusive Barauslagen und MWSt festzulegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 8. März 2017 aufgehoben wird mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab Oktober 2013 Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 58 % hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi - Fürsprecherin Barbara Künzi-Egli - 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 Die Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

E. 10

Ziff. 4.6). Die Arbeitsfähigkeit als Augenoptikerin sei durch die chronischen Schmerzen und die somatischen Unfallfolgen beeinträchtigt, eine zusätzliche darüber hinaus gehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht (S. 11 Ziff. 9.1).

4. 4

Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie, B.____, stellte im Gutachten vom 7. Juni 2010 (Urk. 7/200) folgende chirurgisch- traumatologische

Diagnosen (S. 19 Mitte): - mediale Kniegelenksarthrose bei Instabilität, anteromedial und möglicherweise auch dorsal - persistierende Oberschenkelatrophie bei obigem Kniebefund und Status nach Femurfraktur mit mehreren Eingriffen bei liegendem Femurnagel - Status nach lateraler Schenkelhalsfraktur konsolidiert, dynamische Hüftschraube (DHS) entfernt - Status nach Oberarmfraktur in leichter Fehlstellung knöchern konsolidiert, Osteosynthesematerial liegend - Karpaltunnelsyndrom rechts, Verdacht auf beginnendes Karpaltunnelsyndrom links - Schulterimpingement rechts (wahrscheinlich Folge des Krükkengangs) - Keloid Oberarm rechts

Zudem nannte er einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung als psychiatrische Diagnose (S. 19 Mitte).

Zusammenfassend stehe vor allem die Entwicklung im Bereich des linken Kniegelenks im Vordergrund. Nicht vernachlässigt werden sollten die indirekten Unfallfolgen wie das Karpaltunnelsyndrom rechts und neuerdings ein Schulterimpingement rechts (S. 23 unten).

Die Progredienz des Karpaltunnelsyndroms rechts (Operation) sollte verhindert und das subacromiale Impingement der rechten Schulter (Infiltration) behandelt werden. Vordergründig sei aber die Behandlung der schmerzhaften Kniegelenksarthrose (so lange wie möglich konservative Arthrotherapie; S. 26 Ziff. 7.1 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit als Augenoptikerin sei massiv reduziert und betrage höchstens 20 % (S. 27 f. Ziff. 8). In angepasster Tätigkeit sei aufgrund des Knieproblems links mit oder ohne Endoprothese nur eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit denkbar. Das Heben von Lasten bis zu 2 kg sei öfters, bis 5 kg selten, über 5 kg nicht zumutbar. Feinmotorische Arbeiten seien nicht zumutbar. Arbeiten über Schulterhöhe rechts seien nicht zumutbar. Hockstellung und Kniebeugen, Treppensteigen und Treppen hinunter gehen seien nur in Ausnahmesituationen kurzfristig zumutbar. Unter Einhaltung dieser Einschränkung sei eine ganztägige Arbeitstätigkeit zumutbar, allerdings müssten vornehmlich wegen der Kniebeschwerden Pausen eingeschaltet werden. Auf 2

Stunden Arbeit sollten 30 Minuten Pause folgen, was auf einen ganzen Arbeitstag von 8 Stunden 2 Stunden Pause und somit 6 Stunden Arbeit ergebe. Ausgehend, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Frauen eine leichte bis mittel schwere Arbeit zumutbar sei, resultiere unter Berücksichtigung der qualitativen und quantitativen Aspekte eine Arbeitsfähigkeit, die sicher unter 50 % liege (S. 27) Ziff. 8.1).

In angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zirka 70 % (S. 29 Ziff. 3). 4. 5

Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, nahm im Aktengutachten vom 11. September 2010 (Urk. 7/206) zum Gutachten von Dr. A.____ vom 7. Juni 2010 (vorstehend E. 4. 4) Stellung. Er führte aus, dass das Karpaltunnelsyndrom aus näher dargelegten Gründen nicht unfallkausal sei. Mit dem von Dr. A.____ festgelegten Tätigkeitsprofil sei er nicht einverstanden; eine Begründung für die Notwendigkeit einer zweistündigen Pause könne physiologisch-anatomisch aufgrund der Schäden nicht abgeleitet werden. Die Möglichkeit, die Beinposition im Sitzen zu wechseln, sei eine ausreichende präventive Massnahme, um Beschwerden entgegenzuwirken. Die Beschwerdeführerin gebe auch nicht an, dass sie bei längerem Sitzen verstärkt Kniebeschwerden habe. Im Knie habe sie einen konstanten

Schmerz, der sich belastungsabhängig verstärke. Dagegen habe sie bei längerem Sitzen im Bereich der linken Hüfte Schmerzen, die nach links lumbal ausstrahlten. Zudem sei weder auf organisch-struktureller Basis noch aufgrund der von der Beschwerdeführerin selbst geschilderten Belastungsfähigkeit nach vollziehbar, dass sie bei einem problemadäquaten Zumutbarkeitsprofil nur 6

Stunden effizient arbeiten könne (S. 5 unten f.).

Am 1. April 2011 (Urk. 7/238) führte Dr. J.____ ergänzend aus, es sei nicht verständlich, dass Dr. A.____ auch für sitzende Tätigkeiten mit freier Beinposition eine Pause postuliere und diese hoch ansetze. Die Beschwerdeführerin belastete die Arthrose im Sitzen nicht. Insofern seien sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, die Beine frei zu positionieren, ganzjährig voll zumutbar (S. 3 unten). 4. 6

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, nannte im Bericht vom 15. Juni 2011 (Urk. 7/246) folgende Spätzustände (S. 1): - ausgeprägte mediale Gonarthrose links mit komplexer Instabilität und Muskelatrophie des Oberschenkels - belastungsabhängige Beschwerden Hüfte links und Mittelfuss rechts - mässiges subacromiales Impingement Schulter rechts - Karpaltunnelsyndrom beidseits, rechts ausgeprägter als links

Bezüglich Wichtigkeit stehe das linke Kniegelenk eindeutig im Vordergrund. Es zeige sich eine ausgeprägte mediale Gonarthrose mit einer fast vollständigen Entknorpelung im medialen Kompartiment. In allen Gutachten werde die komplexe Instabilität bezüglich der Kreuzbänder und der Seitenbänder beschrieben und auch auf die deutliche Muskelatrophie des linken Oberschenkels hingewiesen (S. 1 unten).

Zurzeit lebe die Beschwerdeführerin in einem knapp kompensierten Zustand und habe sich mit den Beschwerden und Behinderungen arrangiert. Egal, welche Operation am linken Kniegelenk durchgeführt werde, müsste sie während Wochen zwei Stöcke verwenden, was zu einem Wiederaufflackern der Karpaltunnelsyndrome und weiteren Operationen führen würde (S. 3 oben). 4. 7

Am 22. Februar 2015 erstattete Dr. A.____

ein weiteres chirurgisch-traumatologisches Gutachten (Urk. 7/371) und nannte folgende unfallbezogene Diagnosen (S. 25 Mitte): - mediale Kniegelenksarthrose bei Instabilität (anteromedial und möglicherweise auch dorsal) - persistierende

Oberschenkelmuskelhypotrophie bei Status nach offener Femurfraktur und mehreren Osteosynthesen (schlussendlich) - Status nach Femurnagelosteosynthese Oberschenkel links - Status nach lateraler Schenkelhalsfraktur konsolidiert, DHS entfernt, verbleibende Spongiosaschrauben im Schenkelhals - Status nach Oberarmfraktur in leichter Fehlstellung knöchern konsolidiert, Osteosynthesematerial liegend - Status nach dislozierter Metatarsale - III-Fraktur rechts, in leichter Fehlstellung konsolidiert - Status nach Bimalleolarfraktur rechts, konservativ behandelt, verheilt - Keloid Oberarm rechts, Status nach Exzision, 2010 erneute Keloidbildung - leichtes Schulterimpingement rechts - Karpaltunnelsyndrom rechts (richtunggebende Verschlimmerung) - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung

Zudem nannte er folgende unfallfremde Diagnosen (S. 25 unten): - Status nach zweimaliger Sectio cesarea - Hypothyreose - leichtes Karpaltunnelsyndrom links - cervico-cephales Syndrom links mehr als rechts

5 Jahre seit der ersten eigenen Begutachtung habe subjektiv eine Progredienz der Schmerzen besonders im linken Kniegelenksbereich festgestellt werden können, ohne

wesentliche Progredienz der objektiven klinischen Befunde. Auch psychisch seien seit dem Gutachten H.____ keine wesentlichen Veränderungen aufgetreten. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass aktuell ein gewisses « steady

state » erreicht sei. Der Grund für die Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden dürfte in der Chronifizierung und veränderten subjektiven Schmerzempfindungen liegen. Hinzu komme die Gewöhnung chronischer Schmerzpatienten an Schmerzmittel (S. 29).

Ein endoprothetischer Eingriff am Kniegelenk sei rein technisch möglich, insgesamt sei ein solcher der Beschwerdeführerin zum jetzigen Zeitpunkt indes nicht zumutbar. Es sei zudem fraglich, ob dadurch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Das Karpaltunnelsyndrom sei stationär, es habe auch in den letzten Jahren weder subjektiv noch objektiv zugenommen. Es bleibe weiterhin die chirurgische Behandlungsoption, aber auch hier handle es sich um eine relative Operationsindikation.

Im L.____ -Bericht (vgl. Urk. 7/350) werde postuliert, dass der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit Steigerungspotenzial bis zu 70 % zugemutet werden könne. De facto habe sie aber nicht länger als 3 Stunden aneinander eine behinderungsgerechte Arbeit verrichten können. Es werde eine schmerzbegleitete, schonungsbedingte, mehrjährige Dekonditionierung beschrieben, was nach einem schweren Unfall nicht ausserordentlich sei. Vorliegend müsse deshalb aktuell von einer Chronifizierung dieser Dekonditionierung ausgegangen werden (S. 30).

Unter zumutbarer Willensanstrengung könne in einer angepassten Tätigkeit ein ganztägiger Einsatz zugemutet werden, sofern alle zwei Stunden eine halbe Stunde Pause eingelegt werden könne. In einer langen Mittagspause sollte die Möglichkeit bestehen, sich hinzulegen und/oder das Bein hochzulegen. Die Pausen seien wegen der Beschwerden im linken Kniegelenk und der aktuellen chronifizierten körperlichen Dekonditionierung notwendig. Vorliegend dürfe die medizinisch-theoretisch Arbeitsfähigkeit 50 % nicht erreichen. 4. 8

In der vom Gericht eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 26. Februar 2018 (Urk. 11) erklärte Dr. A.____, auch in einer knieschonenden vorwiegend sitzenden Tätigkeit komme es zur Zunahme der Schmerzen im Bereich des Kniegelenks. Das gesamte Bild werde am linken Knie durch eine persistierende Instabilität verschlimmert, was die relativ starken Beschwerden zusätzlich erkläre (S. 2 lit. a). Die Schätzung der Arbeitsfähigkeit sei ziemlich theoretisch. Mit entsprechender Willensanstrengung und unter Einhaltung der erforderlichen Pausen und der Möglichkeit sich hinzulegen oder das linke Bein hochzulegen sowie eine längere Mittagspause einzuhalten, sollte eine ganztägige Beschäftigung möglich sein. Selbst aber wenn eine ganztägige Beschäftigung gelänge, kämen die bekannten qualitativen Einschränkungen der rechten Hand, des linken Beins und die körperliche Dekonditionierung hinzu, die zur Zeit des Gutachtens von 2015 wesentlich ausgeprägter gewesen sei als 2010. Unter Berücksichtigung aller ungünstiger Leistungseinflüsse ergebe sich eine eingeschränkte Arbeitsleistung, die unter 50 % liege (S. 4 lit. b). Die erhebliche körperliche Dekonditionierung äussere sich auch bei einer körperlich leichten Tätigkeit in vermehrter Ermüdbarkeit und entsprechender Verlangsamung und erhöhtem Pausenbedarf, besonders bei Beschäftigungen mit Maschinen, die eine erhöhte Selbst- oder Fremdgefährdung hätten (S. 4 lit. d). 5.

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