

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00005

vom 8. Juni 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00005 du 8 juin 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00005 del 8 giugno 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt aus gebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 5. November 2003 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.3

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 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. 1.4

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin aller dings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. November 2021 (Urk. 2) aus, das versicherungsinterne Gutachten von Dr.

A.____ erfülle die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Abklärung (S. 7 f. Ziff. 2.2.d), weshalb gestützt darauf von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen sei (S. 8 f. Ziff. 2.2.e). Der Einkommensvergleich ergebe

einen Invaliditätsgrad von 19 % . Dementsprechend sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2021 eine Rente zu (S. 12 oben).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2022 (Urk. 7) wies die Beschwerdegegnerin ergänzend darauf hin, der Gutachter habe nachvollziehbar dargelegt, dass die von der Beschwerdeführerin g e klagten Beschwerden nicht auf die diagnostizierte unfallbedingte progrediente Gonarthrose zurückzuführen seien. Es gehe zudem fehl, dass die Begutachtung zu wenig lang gedauert habe. Die Schmerzen, welche gemäss der Beschwerdeführerin ungefähr nach 30 Minuten auftreten würden, seien im ebenso langen Explorationsgespräch nicht thematisiert worden (S. 10 Rz 30). Dass bimanuelle Arbeiten grundsätzlich ent weder durchgehend stehend oder sitzend durchgeführt werden müssten, sei weiter eine unsubstanzierte Behauptung (S. 10 Rz 31). Eine Gonarthrose limitiere mehr heitlich Gang- und Standbelastungen sowie Tätigkeiten in kniender, hockender oder kauender Position. Es sei folglich nicht zu beanstanden, wenn der Gutachter das Heben und Transportieren von Gewichten im Zumutbarkeitsprofil mitberück sichtige (S. 10 Rz 32). Dem Gutachten vom 29. November 2020 komme volle Beweiskraft zu (S. 11 Rz 36). Die leidensbedingten Einschränkungen und die gesundheitsbedingte Anpassung des Zumutbarkeitsprofils seien mit einem leidensbedingten A b zug von 10 % berücksichtigt worden. Es seien keine Gründe ersichtlich, welche einen darüberhinausgehenden Abzug rechtfertigen würden (S. 12 Rz 40).

In ihrer Stellungnahme vom 30. November 2022 zu den beigezogenen IV-Akten (Urk. 23) hielt die Beschwerdegegnerin sodann fest, im B.____ -Gutachten sei bei der

Beschwerdeführerin eine Gonarthrose beidseits mit geringer Funktions einschränkung rechts diagnostiziert worden. Damit werde die im orthopädisch- traumatologischen Gutachten ausgewiesene Diagnose einer progredienten Gonarthrose bestätigt. Das B.____-Gutachten erfülle die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Abklärung (S. 2) . Der in der Beschwerdeantwort eingenommene Standpunkt, wonach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 100 % aus gewiesen und das Zumutbarkeitsprofil im orthopädisch- traumatologischen Gutachten richtig festgelegt worden sei, werde durch die Ausführungen im B.____ -Gutachten klar gestützt. Die gestellten Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien in den beiden Gutachten identisch und die Beurteilungen betreffend die Arbeitsfähigkeit sowie die leidensangepasste Tätigkeit weitest gehend deckungsgleich (S. 3). 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1) , die vorliegende Aktenlage sei für die Beurteilung des Sachverhaltes ungenügend. Die von Dr. A.____ berücksichtigte Einschränkung im Belastungsprofil gehe zu wenig weit. Da es bereits nach ungefähr 30 Minuten zu einer Verschlimmerung der Schmerzen im Knie komme, sei es ihr in keiner Weise zumutbar, während zwei Stunden eine stehende Tätigkeit auszuüben. Dieser Umstand habe nicht verifiziert werden können, zumal die gesamte Begutachtung nur 45 Minuten und die Befragung selber bloss 30 Minuten gedauert habe (S. 6 Ziff. 3.1). Da die durch geführte Untersuchung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie der effektiven Belastbarkeit insgesamt unzureichend sei (S. 6 Ziff. 3.3) , sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit angezeigt (S. 7 Ziff. 3.4). In Bezug auf die Invaliditätsbemessung werde daran festgehalten, dass mit einem leidens bedingten Abzug von 10 % der erheblichen Einschränkung zu wenig Rechnung getragen werde (S. 8 Ziff. 3.5). Unbestritten blieb hingegen der Rentenbeginn per 1. Januar 2021. Auf weitere Ausführungen verzichtete die Beschwerdeführerin (Urk. 12, Urk. 25). 2.3

Strittig und zu prüfen ist insbesondere die Höhe der Invalidenrente und damit zusammenhängend die Frage, ob auf das versicherungsinterne Gutachten von Dr. A.____ abgestellt werden kann.

Unbestritten ist hingegen einerseits die Höhe der Integritätsentschädigung, über welche mit Verfügung vom 21. Juni 2018 rechtskräftig entschieden worden ist (Urk. 8/A20) . Andererseits sind sich die Parteien darüber einig, dass der medizinische Endzustand per 31. Dezember 2020 eingetreten ist und der Rentenbeginn demnach auf den 1. Januar 2021 anzusetzen ist. 3. 3. 1

Dr. med. C.____ , Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Intensivmedizin, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt am 7. November 2019 fest, die Beschwerden im rechten Kniegelenk seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. November 2003 zurückzuführen (Urk. 8/M47 S. 1 Ziff. 1). Gemäss dem Sprechstundenbericht der Klinik D.____ vom 30. September 2019 sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit weiterhin vollständig arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 2). In einer angepassten Tätigkeit (vor allem sitzend, mit wenig Gehen, ohne Tragen von schweren Lasten, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne Besteigen von Leitern) müsste die Beschwerdeführerin seit dem 1. Juni 2019 mindestens 50 % arbeitsfähig sein, wo bei nur die Hälfte dieser 50 % auf das rechte Kniegelenk zurückzuführen sei (S. 1 Ziff. 3). Weitere Abklärungen seien derzeit nicht notwendig (S. 2 Ziff. 4). 3. 2

Am 30. April 2020 führte Dr. C.____

aus, seit seiner letzten Stellungnahme vom 7. November 2019 seien keine neuen Tatsachen hinzugekommen, die Situation sei unverändert. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin weiterhin vollständig arbeitsunfähig, wobei die Folgen des Unfalles vom 5. November 2003 nur zur Hälfte ursächlich dafür seien. Die andere Hälfte der Arbeitsunfähigkeit müsse auf die multiplen anderen Probleme der Beschwerdeführerin zurückgeführt werden. Eine an die Unfallfolgen angepasste Tätigkeit wäre eine Arbeit mit Schonung des rechten Kniegelenks, eine Tätigkeit vor allem im Sitzen, mit wenig Gehen, ohne Tragen von schweren Lasten, ohne Gehen auf unebenem Gelände sowie ohne Besteigen von Leitern. In einer derart angepassten Tätigkeit müsste die Beschwerdeführerin seit dem 1. Juni 2019 mindestens 50 % arbeitsfähig sein, wobei auch hier nur die Hälfte dieser 50 % auf das rechte Kniegelenk und damit auf den Unfall vom 5. November 2003 zurückzuführen seien (Urk. 8/M66). 3. 3

Am 25. November 2020 wurde die Beschwerdeführerin durch den die Beschwerdegegnerin beratenden Arzt Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht. In seinem Bericht vom 29. November 2020 nannte Dr. A.____ folgende orthopädisch- traumatologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/M68 S. 5 Ziff. 4.1): - progrediente Gonarthrose rechts mit/bei - Status nach Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) mit Tibiaplateau impression und medialer/lateraler Meniskushinterhornruptur rechts 2003 - Status nach VKB Plastik und medialer und lateraler TME 8/2010 rechts - VKB- Reruptur (subjektiv 2011, objektiv radiologisch 2014) rechts - VKB-Re-Plastik 2014 - Re-Ruptur-VKB-Plastik, mediale, laterale und retropatelläre Chondro pathie rechts (MRT 9.6.2016)

Als unfallfremde Nebendiagnosen nannte Dr. A.____ sodann die folgenden: - Supraspinatussehnenruptur rechts - subacromiales Impingement beidseits - Achillessehnenenthesiopathie rechts - Tenovaginitis

stenosans

Dig II-V rechts - thorakolumbales Schmerzsyndrom, nicht bestätigter Verdacht auf Morbus Bechterew

Im Jahre 2003 habe die Beschwerdeführerin eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie beider Meniskus - Hinterhörner erlitten. Im Jahre 2010 seien die VKB Plastik sowie mediale und laterale Meniskusrefixationen vorgenommen worden. Nach radiologisch gesicherter Reruptur sei im Jahre 2014 eine Re-VKB-Plastik erfolgt, welche sich im Jahre 2016 abermals ruptiert präsentiert habe. Seitdem persistiere eine subjektive und objektive Instabilität des rechten Kniegelenkes. Es bilde sich eine progrediente trikompartimentale Gonarthrose aus, welche sich klinisch vor allem retropatellär bemerkbar mache und zu Einschränkungen bei stehenden und gehenden Aktivitäten führe. Bei längeren Geh- oder Stehbelastungen belaste die Beschwerdeführerin nun vermehrt das linke Bein, in welchem das Kniegelenk auch bereits zu temporären Beschwerden geführt habe. Für einen endoprothetischen Gelenkersatz sei die Beschwerdeführerin noch zu jung (S. 6 Ziff. 4.1). In der Untersuchung präsentiere sich ein seitengleicher Kniegelenksumfang sowie ein rechtsseitig verminderter Wadenumfang als Hinweis auf eine Entlastung des rechten Beines. Ferner bestünden eine Quadrizepsverkürzung rechts und eine sagittale Instabilität mit positivem Lachmann-Test, Druckdolenzen über dem medialen Gelenkspalt ohne eindeutige Meniskuszeichen sowie ein hochpositives Zohlenzeichen mit eindrücklicher retropatellärer Krepitation. Die Sohlenbeschwellung sei über beiden Fusssohlen

seitengleich (S. 6 Ziff. 4.2).

Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin in einem Vollzeitpensum nicht mehr zumutbar (S. 6 Ziff. 5.1). Für angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Eine Geh- oder Stehbelastung von bis zu zwei Stunden am Stück sollte aus dem Tätigkeitsprofil ausgeschlossen werden. Gehen auf unebenem Boden, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen über mehr als zwei Stockwerke, repetitive Tätigkeiten für das rechte Kniegelenk wie beispielsweise wiederholende Pedalbewegungen sowie Tätigkeiten in kniender oder hockender Position seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar (S. 6 Ziff. 5.2). Hingegen seien wechselbelastende Tätigkeiten in sitzender oder stehender Position, Tätigkeiten über der Horizontalebene, repetitive Tätigkeiten für die oberen Extremitäten inklusive das bimanuelle Bedienen von Maschinen, das Heben und Transportieren von Gewichten sowie Nacht- und Schichtarbeiten uneingeschränkt zumutbar (S. 6 Ziff. 5.3). Bei momentan nicht geplantem weiterem chirurgischem Vorgehen sei der medizinische Endzustand erreicht. Weitere konservative Therapien wie beispielsweise Muskelkräftigung oder eventuelle Infiltrationen dienen bei chronischer Instabilität des Kniegelenkes und progredienter Gonarthrose lediglich dem Erhalt des aktuellen Zustandes (S. 6 Ziff. 6). 3. 4

Der behandelnde Arzt Dr. med. E.____, Leitender Arzt Orthopädie, Klinik D.____, nannte in seinem Bericht vom 29. Januar 2021 folgende Diagnosen (Urk. 8/A114 Beilage S. 1 Ziff. 1): - vor allem femoropatellär betonte Pangonarthrose posttraumatisch rechts mit/bei - Status nach VKB-Plastik sowie TME medial und lateral (August 2010) - Status nach Reruptur (November 2014) - femoropatellär lateral beginnende Gonarthrose links

Die Alltagsbelastbarkeit habe sich über die vergangenen Monate sicherlich etwas verbessert. Dennoch sei nicht davon auszugehen, dass derzeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit gegeben sei. Sinnvollerweise sei mittels EFL eine quantifizierbare Standortbestimmung zu realisieren (S. 1 Ziff. 2). Aktuell dürfte der medizinische Endzustand erreicht sein und somit im Rahmen der bisherigen konservativen Therapien stabilisiert. Diesen Zustand gelte es zumindest zu erhalten, womit klar sei, dass die begleitenden Massnahmen weiterführend ständig (Kräftigung, Mobilisation) sowie punktuell (Infiltrationen) aufrechtzuerhalten seien (S. 1 f. Ziff. 5). 3. 5

Am 6. Mai 2021 nannte Dr. E.____ folgende Diagnosen (Urk. 18/150/23-24 S. 1): - aktivierte Gonarthrose Knie links mit rezidivierenden Schwellungen und Schmerzexazerbationen - femoropatellär betonte Pangonarthrose posttraumatisch rechts

Insgesamt sei es durch die laufende Therapie zu einer leichten Besserung gekommen. Auch die auf eigene Initiative durchgeführte Lymphdrainage sei förderlich. Beim Gehen sei die Beschwerdeführerin durch ein Klemmen popliteal links

limitiert. Insgesamt sei sie zuversichtlich, dass der eingeschlagene Weg korrekt sei. Es könne zur MTT übergegangen werden (S. 1). 3. 6

In ihrem Bericht vom 1. September 2021 (Urk. 18/150/14-17) diagnostizierten die Ärzte der Klinik D.____, Rheumatologie und Rehabilitation, unter anderem eine aktivierte Gonarthrose Knie links mit rezidivierenden Schwellungen und Schmerzexazerbationen sowie eine sekundäre Pangonarthrose rechts (S. 2) und führten aus, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Knieschmerzen zuletzt im März und Mai 2021 bei den Kollegen der

Kniechirurgie in Behandlung gewesen, dort mit Status nach Eigenblutinfiltation, intensiver Physiotherapie im GLAD-Programm sowie zuletzt auf Verordnung einer MTT. Aktuell seien seitens der Beschwerdeführerin aufgrund der Kniebeschwerden keine Infiltrationen gewünscht (S. 5). 3. 7

In seiner Stellungnahme vom 6. September 2021 (Urk. 8/M71) hielt Dr. A.____

fest, dass sich die Schmerzen im Kniegelenk in sitzender Position verstärken würden, könne dem im Untersuchungsbefund festgehaltenen Fersengluteal abstand von 30 cm rechts gegenüber 20 cm links geschuldet sein. Zusammen mit der Muskelatrophie von zirka 1 cm führe die ursächliche Quadrizepsverkürzung bei Knieflexion zu einer verstärkten retropatellaren Kompression, welche dann zu Schmerzen führen könne. Dies werde oft bei einseitiger sportlicher Betätigung beobachtet. Darüber hinaus sei es nicht nachvollziehbar, warum eine Gonarthrose in sitzender Position und daraus folgender Entlastung der Kniegelenke vermehrt Schmerzen bereiten solle. Beim zirka dreissigminütigen Anamnesegespräch am 25. November 2021, bei welchem die Beschwerdeführerin auf dem Stuhl gesessen und anschliessend untersucht worden sei, sei derartiges weder kommuniziert noch beobachtet worden (S. 1 f. Ziff. 2). Derartige allfällige Schmerzen hätten keinen Einfluss auf die funktionelle Leistungsfähigkeit respektive Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (S. 2 Ziff. 3). Nach allgemeiner klinischer Erfahrung würden sich die Folgen einer Quadrizepsverkürzung durch Dehnungen nach zirka drei Monaten minimieren lassen (S. 2 Ziff. 4). Dr. E.____ habe seine Vorstellung, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer wechsel belastenden Tätigkeit derzeit nicht gegeben sei, nicht begründet. Eine Gonarthrose limitiere mehrheitlich Gang- und Standbelastungen sowie Tätigkeiten in kniender, hockender oder kauender Position. Im November 2011 habe eine Bedarfsanalgesie ausgereicht, um die Schmerzen zu kompensieren. Dies korreliere nicht mit der nun kommunizierten Schmerzausprägung. Der ausführliche Befund inklusive Bewegungs- und Umfangsmasse liege ebenfalls vor. Es zeigten sich keine Schwellungen oder Entzündungszeichen. Dr. E.____ präsentiere keinen neuen oder abweichenden Befund, der belegen könnte, warum sich dies nach zwei Monaten signifikant geändert haben solle. Somit sei die aus seiner Sicht bestehende Unfähigkeit zur angepassten Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar (S. 2 Ziff. 5). 3. 8

Am 28. Juli sowie 6. und 16. August 2021 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, durch die Ärzte der B.____ internistisch, neurologisch, orthopädisch sowie psychiatrisch untersucht. In ihrem Gutachten vom 5. November 2021 (Urk. 18/121) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 4

und 6). Die Axa Versicherungen AG (nachfolgend: Axa) erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 21. Juni 2018 eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 30 % zu (Urk. 8/A20). Nach einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation anerkannte die Axa mit Schreiben vom 11. November 2019

die erneute Leistungspflicht

ab dem 23. April 2018 (Urk. 8/A 47).

E. 4.1

Aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen und von beiden Parteien unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte sowie Produktionsmitarbeiterin nicht mehr arbeitsfähig ist (E. 2.1-2, E. 3.1-3, E. 3.8). Bezüglich der Leistungsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils gemäss der Beurteilung durch Dr. A.____ (E. 3.3) vollständig arbeitsfähig ist (E. 2.1), wohingegen die Beschwerdeführerin geltend macht, die durchgeführte Untersuchung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie der effektiven Belastbarkeit sei unzureichend, weshalb eine EFL angezeigt sei (E. 2.2).

E. 4.2

Sowohl das orthopädisch- traumatologische Gutachten durch den die Beschwerdegegnerin beratenden Arzt Dr. A.____ (E. 3.3, E. 3.7) als auch das im Auftrag der IV-Stelle erstellte polydisziplinäre B.____ -Gutachten vom 5. November 2021 (E. 3.8) erfüllen die praxismässigen Kriterien vollumfänglich, so dass darauf abgestellt werden kann.

Soweit die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, es könne ihr nicht zugemutet werden, während zwei Stunden eine stehende Tätigkeit auszuüben, da es nach ungefähr 30 Minuten zu einer Verschlimmerung der Schmerzen im Knie komme, verweist sie insbesondere auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. E.____ (E. 3.4-5, E. 3.9). Dieser hat jedoch seine Einschätzung, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit nicht gegeben sei, nicht weiter begründet (vgl. E. 3.4-5, E. 3.9). Darüber hinaus hielt Dr. E.____ in seinem Bericht vom 6. Mai 2021 bezüglich der bestehenden Einschränkungen fest, die Beschwerdeführerin sei insbesondere beim Gehen durch ein Klemmen popliteal links limitiert (E. 3.5). Ausführungen, inwiefern die Beschwerdeführerin auch in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit eingeschränkt wäre, machte er hingegen nicht.

Auch der in der Beschwerde geltend gemachte Umstand, dass die gesamte Begutachtung durch Dr. A.____ nur 45 Minuten und die Befragung selber bloss 30 Minuten gedauert habe und damit die Untersuchung insgesamt unzureichend sei, weshalb die Durchführung einer EFL angezeigt sei (E. 2.2), vermag an der Verwertbarkeit des Gutachtens nichts zu ändern. Bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit besteht gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_711/2016 vom 15. Dezember 2016, E. 3.5). Ein EFL-Testverfahren ist allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen. Eine solche ist indessen nicht bereits dann erforderlich, wenn lediglich ärztliche Beurteilungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung voneinander abweichen. Eine medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit genügt als Grundlage für die Bemessung der Invalidität; liegt eine solche vor, darf auf eine Begutachtung durch eine berufliche Abklärungsstelle verzichtet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_768/2011 vom 8. Februar 2012, E. 2.4). Im vorliegenden Fall gab Dr. A.____ eine nachvollziehbar und überzeugend begründete Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit ab, ohne dass er weitere Abklärungen für notwendig erachtete.

Hinzu kommt, dass die B.____ -Gutachter im Wesentlichen zu derselben Einschätzung gelangten wie Dr. A.____. Dieser führte zum möglichen Leistungsprofil aus, eine Geh- oder

Stehbelastung am Stück von bis zu zwei Stunden sei ausgeschlossen. Gehen auf unebenem Boden, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen über mehr als zwei Stockwerke, repetitive Tätigkeiten für das rechte Kniegelenk wie beispielsweise wiederholende Pedalbewegungen oder Tätigkeiten in kniender oder hockender Position seien sodann nicht zumutbar. Hingegen seien wechselbelastende Tätigkeiten in sitzender oder stehender Position, Tätigkeiten über der Horizontalebene, repetitive Tätigkeiten für die oberen Extremitäten inklusive das bimanuelle Bedienen von Maschinen, das Heben und Transportieren von Gewichten sowie Nacht- und Schichtarbeiten uneingeschränkt zumutbar (E. 3.3). Ebenso hielten die B. ___ -Gutachter die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit für vollständig arbeitsfähig. Der orthopädische Teilgutachter führte ergänzend aus, dauerhaft körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten sowie Arbeiten überwiegend im Stehen und Gehen, Arbeiten auf Treppen, Leitern und Gerüsten sowie repetitive Überkopf tätigkeiten seien zu meiden. In körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten lasse sich eine dauerhafte Limitation der Belastbarkeit in einer Arbeitstätigkeit orthopädischerseits nicht ausreichend begründen (E. 3.8).

E. 4.3

Gestützt auf den orthopädisch- traumatologischen Bericht von Dr. A. ___ vom 29. November 2020 sowie das B. ___ -Gutachten vom 5. November 2021 ist der medizinische Sachverhalt demnach als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der unfallbedingten Beschwerden Gehen auf unebenem Boden, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppen steigen über mehr als zwei Stockwerke, repetitive Tätigkeiten für das rechte Kniegelenk wie beispielsweise wiederholende Pedalbewegungen sowie Tätigkeiten in kniender oder hockender Position nicht zumutbar sind. Ebenso ausgeschlossen ist eine Geh- oder Stehbelastung am Stück von bis zu zwei Stunden. Hingegen können ihr wechselbelastende Tätigkeiten in sitzender oder stehender Position, Tätigkeiten über der Horizontalebene, repetitive Tätigkeiten für die oberen Extremitäten inklusive das bimanuelle Bedienen von Maschinen, das Heben und Transportieren von Gewichten sowie Nacht- und Schichtarbeiten weiterhin zu gemutet werden. Eine diesem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit kann der Beschwerdeführerin in einem Pensum von 100 % zugemutet werden. 5. 5.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Dabei ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2021, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).
5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fort gesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin arbeitete seit dem Jahre 1997 bei der Z.____ AG und erzielte dabei im Jahre 2018 bei einem Arbeitspensum von 80 % ein monatliches Einkommen in der Höhe von Fr. 3'720.-- (Urk. 18/30 Ziff. 2.1, Ziff. 2.3, Ziff. 5.1) , mithin Fr. 48'360.-- pro Jahr (F. 3'720.-- x 13). Aufgerechnet auf ein 100%-Pensum sowie unter Berücksichtigung der Nominalloohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt, Stand 2018: 2'732, Stand 2021: 2'801; www.bfs.admin.ch , Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ist damit für das Jahr 2021 von einem Validen einkommen in der Höhe von Fr. 61'977.-- auszugehen (Fr. 48'360.-- : 80 x 100 : 2'732 x 2'801). 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Nachdem die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2018 nicht mehr arbeitstätig ist, ihr jedoch trotz der bestehenden Beeinträchtigungen eine leidensangepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zugemutet werden kann, ist das Invaliden einkommen gestützt auf die statistischen Löhne gemäss der LSE zu ermitteln. Da im Zeitpunkt der Verfügung im Januar 2021 die LSE 2020 noch nicht publiziert war, ist auf die LSE 2018 abzustellen. Im Jahre 2018 belief sich der mittlere Lohn für Frauen, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art aus führen, auf Fr. 4'371.-- monatlich (LSE 2018 , Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mit hin Fr. 52'452.-- im Jahr (Fr. 4'371.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebs übliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; www.bfs.admin.ch , Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominalloohnerhöhung (vgl. vorstehend E. 5.2) ergibt sich für das Jahr 2021 ein

Invalideneinkommen von rund Fr. 56'062.-- (Fr. 52'452.-- : 40 x 41.7 : 2'732 x 2'801). 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin ist in ihrer Arbeitsfähigkeit aufgrund der Beschwerden im rechten Knie dahingehend eingeschränkt, dass ihr lediglich noch wechselbelastende Tätigkeiten in sitzender oder stehender Position, Tätigkeiten über der Horizontalebene, repetitive Tätigkeiten für die oberen Extremitäten inklusive das bimanuelle Bedienen von Maschinen, das Heben und Transportieren von Gewichten sowie Nacht- und Schichtarbeiten zugemutet werden können. Gehen auf unebenem Boden, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppen steigen über mehr als zwei Stockwerke, repetitive Tätigkeiten für das rechte Kniegelenk wie beispielsweise wiederholende Pedalbewegungen sowie Tätigkeiten in kniender oder hockender Position sind hingegen nicht mehr zumutbar. Ebenso ausgeschlossen ist eine Geh- oder Stehbelastung am Stück von bis zu zwei Stunden. Eine diesem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit kann der Beschwerdeführerin in einem vollen Pensum zugemutet werden (vgl. vorstehend E. 4.3). Die Beschwerdegegnerin nahm einen Abzug von 10 % (Urk. 2 S. 11), wohingegen die Beschwerdeführerin einen solchen von mindestens 20 % geltend machte. Zur Begründung brachte sie vor, sie sei selbst bei der Auswahl an Hilfsarbeiten erheblich eingeschränkt, da es sich bei solchen Tätigkeiten in der Regel um repetitive Tätigkeiten handle, die gemäss Belastungsprofil genau vermieden

werden sollten (Urk. 1 S. 8). Die Beschwerdeführerin verkennt dabei, dass gemäss Zumutbarkeitsprofil lediglich Tätigkeiten, welche das rechte Knie repetitiv belasten, ausgeschlossen sind. Damit wird die Auswahl an Hilfsarbeiten jedoch nicht erheblich eingeschränkt und ein Abzug von 10 % trägt den Gegebenheiten des vorliegenden Falles angemessen Rechnung. 5.5

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % (vorstehend E. 5.4) beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 50'456.-- (Fr. 56'062.-- x 0.9, vorstehend E. 5.3). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'977.-- (vorstehend E. 5.2) ergibt sich damit eine Einkommensbusse von Fr. 11'521.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 19 % entspricht. Damit hat die Beschwerdeführerin ab Januar 2021 Anspruch auf eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 19 %.

Damit erweist sich der Entscheid der Beschwerdegegnerin als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Rechtsanwalt Martin Bürkle - 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 Grieder-Martens Kübler-Zillig

E. 9

% eine Invalidenrente ab 1. Januar 2021 zu (Urk. 8/A109). Die dagegen am 5. Februar 2021 erhobene Einsprache (Urk. 8/A114) wies die Axa mit Einspracheentscheid vom 19. November 2021 ab (Urk. 8/A123 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 7. Januar 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 19. November 2021 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei zur Klärung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchführen zu lassen, eventualiter sei das Verfahren bis zum Vorliegen des von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachtens zu sistieren, subeventualiter eine neue Begutachtung anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Nachdem mit Gerichtsverfügung vom 3. März 2022 die Durchführung eines zweiten Schriftenswechsels angeordnet worden war (Urk. 11), verzichtete die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 21. März 2022 ausdrücklich auf eine weitere

Eingabe (Urk. 12). Die Beschwerdegegnerin liess die am 24. März 2022 angesetzte Frist zur Einreichung einer Duplik unbenutzt verstreichen (Urk. 13, Urk. 15). Die mit Gerichtsverfügung vom 5. September 2022 (Urk. 16) beigezogenen Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (Urk. 18) wurden am 7. November 2022 den Parteien zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 20). Die Beschwerdegegnerin reichte am 30. November 2022 ihre Stellungnahme ein (Urk. 23), wohingegen die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 23. Dezember 2022 ausdrücklich auf eine solche verzichtete (Urk. 25). Dies wurde den Parteien am 3. Januar 2023 mitgeteilt (Urk. 26). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

Ziff. 4.2): - leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom beidseitig - bildmorphologisch nachgewiesene Partialruptur der Sehne des Musculus supraspinatus sowie AC-Gelenksarthrose rechte Schulter mit geringer Funktionseinschränkung im klinischen Befund - Gonarthrose beidseits mit geringer Funktionseinschränkung rechts - bildmorphologisch multisegmentale degenerative Veränderungen zervikal und lumbal ohne assoziierten namhaften klinischen Störungsbefund - Senkspreizfüsse beidseits mit Hallux valgus beidseits, degenerative Veränderung der Peroneus

brevis - Sehne rechts sowie Fasziitis plantaris links mehr als rechts, ohne assoziierten namhaften klinischen Störungsbefund

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter sodann folgende (S. 12 Mitte): - Adipositas Grad I - Unterschenkel- Varikosis - Meralgia

paraesthetica links - subsyndromaler Restzustand einer abgelaufenen depressiven Episode (ICD-10 F32.4)

Aus internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Belastbarkeit in einer Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit (S. 63 Ziff. 8.1). Eine Anpassung der Tätigkeit an bestehende Einschränkungen sei internistischerseits nicht notwendig (S. 63 Ziff. 8.2). Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit sei eine Gewichtsreduktion anzuraten (S. 64 Ziff. 8.3). Auch im Haushalt bestünden keine internistisch begründeten Einschränkungen (S. 66 oben).

Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, das Ausmass der anamnestisch berichteten Schmerzen korreliere nicht mit dem klinischen Eindruck einer nicht namhaft schmerzgeplagt wirkenden Beschwerdeführerin. Diskrepanz sei die demonstrierte vermeintlich eingeschränkte Kopffrotation nach rechts unter Angaben von rechtsseitigen Zervikalgien in der formalen Prüfung der HWS- Beweglichkeit, wobei wenige Minuten später bei Prüfung der Kraft der Musculi

sternocleidomastoidei eine ungestörte und kräftige Kopffrotationsbewegung durchgeführt worden sei. Es ergäben sich somit Hinweise auf eine Verdeutlichung von Symptomen und Beschwerden. Das Labor zeige überwiegend keine wirksamen Pharmakaspiegel, was den Angaben zur Schmerzbeeinträchtigung widerspreche und zudem auf nicht ausgeschöpfte Therapieoptionen hinweise (S. 97 Ziff. 7.3). Bei beidseitig leichtgradigem Karpaltunnelsyndrom und hoher händischer Belastung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einer Confiserie und auch einer Reinigungstätigkeit sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus neurologischer Sicht derzeit ungeeignet (S. 98 Ziff. 8.1). Ungeeignet seien auch andere, händisch höher belastende Tätigkeiten, beispielsweise bimanuelle Fließbandtätigkeiten. Für andere Tätigkeiten bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit (S. 99 Ziff. 8.2).

Aus dem orthopädischen

Teilgutachten sei ersichtlich, dass bezüglich der Kniegelenke keine Abweichung oder Asymmetrie der Gelenkachse befundet werden konnte. Zudem seien keine Schwellung, kein Kniegelenkserguss, keine degenerativen Vergrößerungen, keine muskulären Atrophien und reizlose Narben festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin habe einen Druckschmerz über dem medialen und lateralen Gelenkspalt rechts sowie über dem medialen Gelenkspalt links angegeben. Die Meniskuszeichen seien negativ gewesen, es habe keine arthrotische Krepitation, keinen nachweisbaren fluktuierenden Erguss sowie keine Instabilität der medialen und lateralen Kollateralbänder oder der Kreuzbänder gegeben (S. 125 Mitte). Ein am 24. August 2021 durchgeführtes MRI habe einen Status nach Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes ergeben, wobei das rekonstruierte vordere Kreuzband nicht abgrenzbar sei, am ehesten infolge Ruptur mit narbiger Reorganisation. Es seien ausgeprägte femoropatelläre und femorotibiale degenerative Veränderungen im Kniegelenk rechts mit gross volumigen Osteophyten, femoropatellaren und femorotibialen oberflächigen bis tiefen Knorpeldefekten, verschmälertem Gelenkspalt und degenerativen Veränderungen des medialen und lateralen Meniskus feststellbar, weiter ein komplexer Riss im medialen Meniskushinterhorn sowie ein geringer Gelenkserguss (S. 127 obere Mitte). Hinsichtlich der geklagten bilateralen Kniegelenksbeschwerden finde sich aktenkundig und in der angefertigten MRI-Bildgebung der Nachweis einer bilateralen Gonarthrose, rechts bei Zustand nach VKB-Rekonstruktion anamnestisch im Jahre 2010. Im hiesigen klinischen Untersuchungsbefund finde sich eine geringe Einschränkung der endgradigen Flexion des rechten Kniegelenks sowie die Angabe von Druckdolenz über den Gelenkspalten beidseits. Hier empfehle sich neben der Gewichtsreduktion bei Adipositas Grad I zur Entlastung der Kniegelenke ebenfalls zunächst die Ausschöpfung konservativer Therapiemassnahmen, allem voran das Erlernen eines Übungsprogrammes zur Kräftigung der knieführenden und -stabilisierenden Muskulatur (S. 129 oben). Insgesamt lägen bildmorphologisch nachgewiesene multiple degenerative Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat bei gleichzeitiger Adipositas Grad I vor. Die funktionellen Einschränkungen im Bereich des Achsenorgans und der peripheren Gelenke seien aktuell als nur gering einzuschätzen, sodass therapeutisch an erster Stelle eine Gewichtsreduktion zur Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates zu empfehlen sei (S. 130 Ziff. 7.2). Die bildmorphologisch nachgewiesenen multiplen degenerativen Veränderungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates rechtfertigten aus orthopädischer Sicht auch bei fehlendem namhaftem klinischen Störungsbefund die Empfehlung, dauerhaft körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten sowie Arbeiten überwiegend im Stehen und Gehen, Arbeiten auf Treppen, Leitern und Gerüsten und repetitive Überkopftätigkeiten zu meiden. Somit sei eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft beziehungsweise Produktionsmitarbeiterin aus orthopädischer Sicht nicht mehr gegeben. Zumindest in körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten lasse sich eine dauerhafte Limitation der Belastbarkeit in einer Arbeitstätigkeit orthopädischerseits jedoch nicht ausreichend begründen (S. 130 f. Ziff. 7.4, S. 132 Ziff. 8.2).

Psychiatrischerseits sei zum Untersuchungszeitpunkt eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren (S. 159 Mitte). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige

Arbeitsfähigkeit (S. 162 Ziff. 8.1), eine Anpassung der Tätigkeit sei dementsprechend aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig (S. 163 Ziff. 8.2).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, anamnestisch erschienen die Alltags selbstständigkeit, die Selbstversorgungsfähigkeit, die soziale Integration so wie Aktivität nicht erheblich limitiert. Die Beschwerdeführer in besorge den Haus halt anteilig mit, sei mobil, führe ein Auto, sei selbstversorgend und unternahme eine Fernreise. Das Labor zeige mehrheitlich keine wirksamen Medikamenten spiegel, was mit den Angaben zur Schmerz- und weiteren Beeinträchtigungen nicht in Einklang stehe. Die degenerativen orthopädischen Veränderungen bedingten eine deutliche qualitative Minderung der Belastbarkeit (S. 12 Ziff. 4.3). In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte bestehe seit dem Jahre 2018 aus neurologischen und orthopädischen Gründen keine Arbeitsfähigkeit mehr (S. 13 Ziff. 4.7). In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin jedoch spätestens seit der Begutachtung vollständig arbeitsfähig (S. 13 Ziff. 4.8). Die aktenkundig rezente hausärztliche Bewertung einer auch in körperlich leichten Arbeiten nicht gegebenen Arbeitsfähigkeit sei aus orthopädischer Sicht nicht zu bestätigen. Die Befunde würden zumindest eine körperlich leichte Tätigkeit zu lassen und die hausärztliche Bewertung lasse keine eigenen orthopädischen Befunde erkennen (S. 14 oben). 3. 9

Am 7. März 2022 diagnostizierte Dr. E. ___ eine aktivierte Gonarthrose Knie links mit rezidivierenden Schwellungen und Schmerzexazerbationen sowie eine femoropatellär betonte Pagonarthrose posttraumatisch rechts und hielt fest, aktuell stehe die Symptomatik beziehungsweise Problematik im Bereich des linken Knies im Vordergrund (Urk. 18/150/11-12 S. 1). 4.

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