

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00110 vom 29. September 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2022.00110](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00110)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00110 du 29 septembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00110 del 29 settembre 2023

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1989, ausgebildete Detailhandelsfachfrau (Urk. 9/87/7), war arbeitslos und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 4. Februar 2016 in der Küche ausrutschte und sich am linken Knie verletzte (Urk. 9/1). Die Erstbehandlung am Unfalltag ergab eine Kontusion des linken Knies mit Verdacht auf eine Zerrung des Aussenbandes (Urk. 9/9/1). Die Suva erbrachte Versicherungsleistungen. In der Folge wurde die Versicherte mehrfach am linken Knie operiert (Urk. 9/408 ; Urk. 9/489).

Die von der Invalidenversicherung gewährte Umschulung zur technischen Kauffrau (vgl. Urk.

9/224) wurde im April 2019 gesundheitsbedingt abgebrochen (Urk. 9/374/2-5).

Vom 14. März 2022 bis 8. April 2022 gewährte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten eine Potentialabklärung (Urk.

9/571). Ab April 2022 bis Juli 2022 sprach die IV-Stelle der Versicherten ein Aufbautraining zu (Urk. 9/575).

Mit Verfügung vom 10. Februar 2022 (Urk. 9/564) verneinte die Suva einen Anspruch der Versicherten auf eine Rente oder eine Integritätsentschädigung. Die dagegen am 10. März 2022 erhobene Einsprache (Urk. 9/567) wies die Suva mit Entscheid vom 3. Mai 2022 ab (Urk. 9/581 = Urk. 2).

### 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 ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

## **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten 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 Ver unfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

## **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 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 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

## **E. 1.4**

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). 1.

## **E. 2**

Am 2. Juni 2022 erhob die Versicherte Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 3. Mai 2022 (Urk. 2) und beantragte dessen Aufhebung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2022 (Urk. 8) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wovon die Beschwerdeführerin am 15. September 2022 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). Das

Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Gestützt auf die Beurteilung durch Kreisarzt Dr. Y.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2021 sei der medizinische Endzustand erreicht. Die weiterhin andauernden Schmerzen könnten durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nicht nachhaltig gebessert werden. Der Beschwerdeführerin seien leichte bis gelegentlich mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ganztags zumutbar. Überwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten, wie auch Tätigkeiten in überwiegend unebenem Gelände sowie Arbeiten auf Leitern, Gerüsten, mit häufigem Knien oder Hocken seien aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen. Das Hantieren mit Werkzeug sei, sofern die Belastungsstufe «leicht bis gelegentlich mittelschwer» nicht überschritten werde, nicht limitiert (S. 8 Ziff. 3 lit. aa). Anlässlich der Untersuchung von Dezember

2021 habe der Kreisarzt festgestellt, dass sich insgesamt ein Kniegelenk präsentiert habe, welches trotz der multiplen Operationen im Vergleich zur Gegenseite keine Bewegungseinschränkungen zeige. Auch die Bandstabilität sei seitengleich gegeben. Während der kreisärztlichen Untersuchung habe sich kein Korrelat für die angegebenen, immerwährenden starken Schmerzen gefunden. Aufgrund der vorliegenden Dokumentation und der aktuell erhobenen Befunde sei nun über ein Jahr nach der letzten Operation und beinahe sechs Jahre nach dem initialen Unfallereignis hinsichtlich einer weiteren medizinischen Behandlung nicht von einer wesentlichen Besserung auszugehen (S. 9 Mitte). Aus den weiteren Abklärungen hätten sich keine das Zumutbarkeitsprofil betreffenden neuen Tatsachen ergeben (S. 11 lit. ee). Die Leistungspflicht für das Taggeld sei im Übrigen bis zum 28. Februar 2022 anerkannt worden. Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen über dieses Datum hinaus lägen nicht vor (S. 12 oben). Die Rentenfrage sei deshalb zu Recht per 1. März 2022 geprüft worden (S. 13 oben). Ein Abzug vom Tabellenlohn sei nicht zu gewähren. Es resultiere eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von lediglich 3.1 % und damit kein Rentenanspruch (S. 13 f.). Aus näher dargelegten Gründen sei keine Integritätsentschädigung zuzusprechen (S. 16).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk.

1), der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht, da mittels Taping eine Verbesserung der Instabilität erreicht werde (S. 7). Es werde zudem eine weitere Arthroskopie empfohlen, wobei der Arzt trotz gewisser Vorbehalte davon ausgehe, dass noch eine ins Gewicht fallende Verbesserung erzielt werden könne. Zudem seien die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung noch nicht abgeschlossen und abzuwarten. Der Fallabschluss sei damit verfrüht (S. 8). Weiter habe Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_ im Jahr 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert. Trotz unveränderten Beschwerden gehe Kreisarzt Dr. Y.\_\_\_\_ im Oktober 2021 und Januar 2022 plötzlich und ohne Begründung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus, was im Übrigen auch den vorhandenen attestierten Arbeitsunfähigkeiten widerspreche. Aus näher dargelegten Gründen könne auf die Beurteilung durch Dr. Y.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden (S. 8 unten f.). Es habe nie eine ganzheitliche orthopädisch-neurologische Abklärung stattgefunden. Auch die Frage der Integritätsentschädigung sei zu wenig abgeklärt worden (S. 10). Sie leide an erheblichen Bewegungseinschränkungen und an organisch nachweisbaren neuropathischen

Beeinträchtigungen, zudem habe Dr. Y.\_\_\_\_ die zukünftige Entwicklung des Gesundheitsschadens nicht berücksichtigt (S. 12). Das Validen einkommen werde nicht bestritten, hingegen sei beim Invalideneinkommen für eine 50 % ige-Tätigkeit ein Abzug von 5 % zu gewähren, womit sich ein Invalidi tätsgrad von 54 % ergebe (S. 11).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es sei ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen ermittelt worden. Allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung könnten somit den Invaliditäts grad in der Unfallversicherung nicht entscheidend beeinflussen, weshalb die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung nicht abzuwarten seien (S. 2 Ziff. 5.1). Eine weitere Operation führe nicht mit überwiegender Wahrscheinlich keit zu einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes (S. 3 Ziff. 5.2). Kreisarzt Dr. Y.\_\_\_\_ habe im Dezember 2021 festgestellt, dass klinisch kein Kor relat zur beschriebenen Blockade gefunden werden könne und auch die geklagten Schmerzen medizinisch nicht nachvollziehbar seien (S. 3 Ziff. 6).

### **E. 2.4**

Streitig und zu prüfen ist die Leistungseinstellung per 1. März 2022 sowie ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente und eine Integritätsentschädi gung. 3.

#### 3.1

Anlässlich der Erstbehandlung im Kantonsspital A.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2016 wurde eine Kontusion des linken Knies mit Verdacht auf eine Zerrung des Aus sen bandes diagnostiziert. Bildgebend wurden keine ossären Verletzungen festge stellt (Urk. 9/9 S. 1). Ein MRI vom 18. August 2016 ergab eine intraar tikuläre Unauffälligkeit, einen intakten Meniskus, eine etwas unregelmässige Zone mit etwas Flüssigkeitsansammlung zentral medial im Bereich der meniskotibialen Aufhängung zentral und ein intaktes Essentiel (Urk. 9/19 S. 1 unten). Bis zum massgeblichen Zeitpunkt der Leistungseinstellung Ende Februar 2022 war d ie Beschwerdeführerin insgesamt 11 Mal, nämlich am 22. November 2016 (Urk.

9/24), 8. Dezember 2016 (Wundexzision; Urk. 9/134), 3. August 2017 (Urk.

9/161), 1. März 2018 (Urk. 9/209), 15. März 2018 (Urk. 9/215), 29. Juni 2018 (Urk. 9/261), 26. September 2018 (Urk. 9/313) , 25. April 2019 (Urk. 9/380/2), 13.

Juni 2019 (Urk. 9/389/1), 27. August 2019 (Urk. 9/405/5) und nach Lage der Akten letztmals 13. November 2020 (Urk. 9/489) am linken Knie operiert worden. 3.2

Kreisarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte mit Bericht vom 12. Dezember 2019 (Urk.

9/437/1 6) gestützt auf eine gleichentags durchgeführte Untersuchung der Beschwerdeführerin ein Ramus infrapatellaris -Syndrom links nach zahlreichen operativen Eingriffen bei ursprünglichem Verdacht auf eine diskrete mediale und laterale Seitenbandläsion (S. 4 unten). Aus heutiger Perspektive sei man fast etwas fassungslos, dass bei einem nahezu blanden Befund mit allenfalls Verdacht einer diskreten Zerrung im Bereich der Kollateralbänder am Kniegelenk sich eine Geschichte entwickelt habe, in deren Verlauf zehn operative Eingriffe stattgefunden hätten und nun sogar noch eine Anwendung eines Spinal Cord Stimulators diskutiert werde. Erfreulicherweise könne man nun

feststellen, dass immerhin sämtliche Kniebinnenstrukturen (Knorpel, Menisken, Kreuzbänder) dennoch ohne jegliche Schädigung und das Kniegelenk selbst völlig intakt geblieben seien, auch wenn hier neuropathische Schmerzen im Rahmen eines Ramus infrapatellaris -Syndroms, welches sich als Folge der zahlreichen Eingriffe ergeben habe, bestehe. Das Kniegelenk selbst sei bei der Untersuchung unauffällig. Auch wenn es aktiv nicht vollständig gebeugt werde, sei die passive Beweglichkeit vollständig frei, es bestünde keine Instabilität und keine Hinweise auf eine Meniskusschädigung. Entsprechend der aktuellen MR-Neurografie des Nervus saphenus links ergebe sich keine eindeutige Interventionsmöglichkeit. Natürlich könne man hier wie derholt Infiltrationen durchführen, was aber nur kurzfristige Verbesserungen bringe. Entsprechend dem Verlauf müsse man sicherlich mit der Indikation für einen Spinal Cord Stimulator extrem zurückhaltend sein. Falls dies von schmerztherapeutischer Seite weiterhin angedacht werde, sollte vorher unbedingt eine Abklärung in der Schmerzabteilung des Zentrums B. vorge nommen werden. Eine nochmalige Abklärung bei einem Schmerztherapeuten sei erforderlich, um abzuschätzen, ob noch weitere Behandlungsoptionen offenst ünden . Insofern sei ein stabiler medizinischer Gesundheitszustand noch nicht erreicht worden (S. 5).

Aufgrund der aktuellen Untersuchung sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne kniebelastende Arbeiten wie hockende und kniende Positionen gegeben. Dies werde mit der Beschwerdeführerin erörtert, sie sei damit einverstanden. Ein unfallbedingter Integritätsschaden liege hier nicht vor. Die Schädigung des Ramus infrapatellaris

Nervus saphenus stelle keine erhebliche und bleibende unfallbedingte Schädigung dar (S. 5). 3.3

Dr. med. C. , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, nahm am 29. Januar 2020 (Urk. 9/450/2-4) zuhanden der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin zur Frage einer Integritätsentschädigung Stellung und hielt fest, es sei retrospektiv aufgrund der Klinik und des beschriebenen MRI-Befundes sowie des intraoperativen Befundes nicht einfühlbar, wieso initial überhaupt arthroskopiert und eine offene Anfrischung des tibialen medialen Bandansatzes durchgeführt worden sei. Bei der Beurteilung durch Dr. Z. sei störend auffällig, dass die Beschwerdeführerin Pregabalin in einer Dosis von 300-450 mg pro Tag brauche, was auf erhebliche neuropathische Schmerzen schliessen lasse. Als zweite Auffälligkeit bestehe die Tatsache, dass sie mit diesem Knie nur 30 Minuten gehen könne. Das linke Knie sei zudem als weitgehend unauffällig beschrieben worden , obwohl aktiv nur eine Flexion von 100° erreicht werde (S.

1 unten f.). Die Muskelumfänge beziehungsweise die Oberschenkelmaxima 15cm und 8cm ab Patella, die etwas über den Gebrauchswert dieses Knies aussagen würden, seien nicht erhoben worden . Es sei dann postuliert worden , dass dieses Knie in etwa normal sei und als Diagnose sei ein Ramus infrapatellaris -Syndrom links nach zahlreichen operativen Eingriffen bei ursprünglichem Verdacht auf eine diskrete mediale und laterale Seitenbandläsion angegeben worden . Diese Diagnose dürfte mit Vorsicht zu geniessen sein, denn es handle sich hier keines wegs um ein einfaches Ramus Infrapatellaris -Syndrom. Dieses Knie dürfte auf grund der zahlreichen Operationen und Komplikationen eben nicht mehr ganz gesund sein (S. 2). Eine abschliessende und umfassende Kniediagnose links müsste sämtliche Eingriffe, Infekte und Revisionen festhalten. Die von Dr.

Z.\_\_\_\_ gestellte Diagnose sei zu einfach und lasse vieles weg (S. 3 oben).

Dr. C.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnose (S. 3): - chronische, schmerzhafte komplexe Kniefunktionsstörung links mit und bei - Status nach 10 operativen Eingriffen - durchgemachten Infekten - Fistelung - Revisionen - Status nach Neurolysen und Neurotomien Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus Das linke Knie sei aktuell in seiner Funktion doch deutlich beeinträchtigt. Es bestünden massive neuropathische sowie normale somatische Schmerzen. Die Beschwerdeführerin sei auf die Einnahme von Lyrica mit einer Tagesdosis von 450 mg angewiesen. Für die komplexe Störung des linken Knies mit einer aktiven Beweglichkeit von 0-100° erscheine eine Integritätsentschädigung von 15 % durchaus gerechtfertigt. Diese entstehe gemäss Tabelle 2 als Listenfall bei Funktionsstörung an den unteren Extremitäten für eine Kniebeweglichkeit zwischen 0-90° mit einer Integritätsentschädigung von 10 % sowie dem Listenfall für eine Peroneuslähmung mit ebenfalls einer Integritätsentschädigung von 10 % gemäss Tabelle 2. Durch weitere Knieeingriffe dürfte die Situation am linken Knie nicht verbessert werden. Die Integrität der Beschwerdeführerin bleibe lebenslang beeinträchtigt, so dass die Integritätsentschädigung von 15 % durchaus als angemessen betrachtet werden könne (S. 3). 3.4

Dazu nahm Dr. Z.\_\_\_\_ am 7. Februar 2020 (Urk. 9/454) Stellung und hielt fest, da noch kein stabiler Gesundheitszustand vorliege, sei die Frage einer Integritätsentschädigung noch nicht zu entscheiden. Es könne jedoch festgehalten werden, dass, solange keine weiteren sinnlosen operativen Eingriffe durchgeführt würden, mit einer zunehmenden Belastbarkeit und einer Zunahme der Kraft in der linken unteren Extremität auszugehen sei. Auch sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aktiv die erhaltene Funktion des Kniegelenks besser nutzen können mit einer aktiven Flexion auch über 100°, weil es keine Gründe dafür gebe, wieso dies nicht erreichbar sein solle. Dabei sei aber auch bereits zum aktuellen Zeitpunkt klar zu definieren, dass nach wie vor bei fehlender Instabilität, unauffälligen Kniebinnenstrukturen und einer passiv vollständig freien Kniegelenksbeweglichkeit ein Integritätsschaden auch derzeit nicht begründbar sei. Besonders zu berücksichtigen sei, dass Schmerzen bei der Beurteilung des Integritätsschadens des Kniegelenks nicht relevant seien (S. 1 f.).

Wieso Dr. C.\_\_\_\_

bei einer aktiven Flexion von 100° und einer passiv freien Flexion bis 140° eine Kniebeweglichkeit von 0-90°

als Grundlage einer Integritätsentschädigung annehme, sei nicht nachvollziehbar; auf jeden Fall sei dies nicht begründbar. Ebenfalls sei die Auswahl für eine Peroneusläsion als vergleichbare neurologische Situation zu einem neurographischen Schmerz hier nur als absurd zu bezeichnen, da bei der Beschwerdeführerin keine mit einer solchen Nervenschädigung vergleichbare Situation mit einem motorischen Ausfall einer wichtigen Funktion vorliege. Mit solchen ungeeigneten Quervergleichen könne man nahezu jegliche Integritätsentschädigung postulieren und es dränge sich hier mit diesen nicht mit der Realität korrelierenden Vergleichen zu einem Zeitpunkt, welcher nicht dafür vorgesehen sei, doch sehr der Eindruck einer Gefälligkeitsbescheinigung von Dr. C.\_\_\_\_ auf (S. 2). 3.5

Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_,

Klinik F.\_\_\_\_, führten mit Bericht vom 22. Oktober 2020 (Urk. 9/486) aus, es könne der Beschwerdeführerin eine erneute operative Revision im Bereich des medialen distalen

Oberschenkels angeboten werden mit Revision des Nervus saphenus bei hier vermutetem Nervenstumpfneurom mit gegebenenfalls Verlagerung desselben in die Tiefe mit oder ohne Rückkürzung sowie bedarfsweise auch Nervenwrapping . Inwieweit sich dadurch die vorhandenen Beschwerden positiv beeinflussen lassen, bleibe offen. Mit Restbeschwerden sei aber jedenfalls zu rechnen (S. 2). Die Operation fand am 13. November 2020 statt (Urk. 9/489). 3. 6

Dr.

Dr. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ hielten mit Bericht vom 17. März 2021 (Urk.

9/506) fest, nach Angaben der Patientin sei nach dem neuerlichen Eingriff vom November 2020 keine relevante positive Beschwerdebesserung eingetreten. Es bleibe vorerst abzuwarten, ob sich noch eine weitere Befundänderung zeige. Was die Narben- und Weichteilkonditionierung betreffe, bleibe ebenfalls der postoperative Verlauf für 8-12 Monate abzuwarten, bis ein Endresultat zu erwarten sei. Chirurgisch bestehe kein Optimierungspotential durch weitere Eingriffe (S. 2). 3.

#### **E. 4**

Februar 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

##### **E. 4.1**

Zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. Z. \_\_\_ vom 12.

Dezember 2019 (vorstehend E. 3.2) standen weitere Operationen an, weshalb Dr. Z. \_\_\_ darauf hinwies, dass noch kein stabiler medizinischer Gesundheitszustand erreicht war. Dass er zu diesem Zeitpunkt von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepassten Tätigkeiten ausging, ist somit lediglich als Momentaufnahme im Rahmen des noch andauernden Behandlungszeitraums zu verstehen. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass Dr. Z. \_\_\_ bereits zu diesem Zeitpunkt ein weitgehend unauffälliges Knie mit intaktem Knorpel, Meniskus und Kreuzbändern feststellen konnte. Auch wenn die Beschwerdeführerin das Knie aktiv nicht vollständig beugen konnte, war die passive Beweglichkeit doch vollständig frei, es bestanden keine Hinweise auf eine Instabilität oder eine Meniskusschädigung. Der Barfussgang war unauffällig, der Zehen- und Fersenstand sowie das Einbein hüpfen waren beidseitig durchführbar, wenngleich links erschwert. Eine hockende Position konnte die Beschwerdeführerin bis zu einer Knieflexion von 95° einnehmen, hinknien war links nicht möglich (vgl. S. 4). Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Beschwerdeführerin unter Schmerzen litt, lassen diese Feststellungen doch

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine substantielle Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten schliessen .

##### **E. 4.2**

In der Folge stellten Dr. D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ eine weitere Behandlungsoption in Form einer operativen Revision in Aussicht, hielten aber fest, dass offenbleibe, inwieweit sich dadurch die vorhandenen Restbeschwerden positiv beeinflussen lassen. Sie wiesen unmissverständlich darauf hin, dass mit Restbeschwerden zu rechnen sei (vgl. vorstehend E. 3.5). Dies bewahrheitete sich leider in der Folge; die Beschwerdeführerin konnte nach dem Eingriff vom November 2020 keine relevante positive Beschwerdebesserung berichten. Gemäss Dr.

D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ war der postoperative Verlauf der Narben- und Weichteilkonditionierung während 8-12 Monaten noch abzuwarten, es bestand aber gemäss ihrer Beurteilung chirurgisch kein Optimierungspotential durch weitere Eingriffe mehr (vgl. vorstehend E. 3.6). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass Dr. Y.\_\_\_\_ im Oktober 2021, mithin fast ein Jahr nach dem letzten Eingriff, von einem medizinischen Endzustand ausging. Eine weitere Behandlung war bereits zu diesem Zeitpunkt nicht mehr geeignet, eine namhafte Verbesserung zu bewirken. Angesichts der von Dr. Z.\_\_\_\_ dokumentierten Befunde (vgl. vorstehend E. 4.1) vermag das von Dr. Y.\_\_\_\_ formulierte Belastungsprofil ( ganztags zumutbar e

leichte bis gelegentlich mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne überwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten wie auch solche, die in überwiegend unebenem Gelände erfolgten, wie auch Arbeiten auf Leitern, Gerüsten, mit häufigem Knien oder Hocken, Hantieren mit Werkzeugen bei Belastungsstufe «leicht bis gelegentlich mittelschwer») zu überzeugen.

#### **E. 4.3**

Daran änderte der weitere Verlauf nichts: Dr. G.\_\_\_\_ erachtete es ebenfalls als höchst fraglich, ob eine weitere Operation, die er äusserst zurückhaltend bewertete, eine für die Beschwerdeführerin zufriedenstellende Beschwerdebesserung herbeiführen könnte (vorstehend E. 3.9). Die Schmerzen wurden von Dr. Y.\_\_\_\_ anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom Dezember 2021 ernst genommen und dementsprechend als eigene Diagnose aufgeführt. Dr. Y.\_\_\_\_ stellte aber wiederum ein normales Gangbild mit problemlosem Zehen- und Fersenstand und eine Beweglichkeit von 0-0-140° fest. Die Beschwerdeführerin konnte das linke Bein strecken, heben und halten, die Seitenbänder waren fest. Insgesamt fand er ein Kniegelenk vor, welches trotz der multiplen Operationen im Vergleich zum rechten keine Beweglichkeitseinschränkung zeigte, auch die Bandstabilität war seitengleich gegeben. Während der klinischen Untersuchung konnte für die beschriebene Blockade kein Korrelat gefunden werden, ebenso wenig wie für die angegebenen immerwährenden starken Schmerzen (vgl. vorstehend E. 3.9).

#### **E. 4.4**

PD Dr. H.\_\_\_\_ konnte die Instabilität nicht bestätigen, er fand dafür weder klinische noch bildgebende Hinweise. Er trug dem dennoch diesbezüglich vorhandenen Empfinden der Beschwerdeführerin, das sich möglicherweise mit einer - klinisch nicht eindeutigen - Rotationsinstabilität erklären liess, mittels Taping Rechnung und wies gleichzeitig darauf hin, dass eine Schuheinlage sinnvoll sei. Bei diesen Massnahmen handelt es sich nicht um solche, die den Fallabschluss hinauszuzögern vermochten, wurde doch damit die durch Dr. Y.\_\_\_\_ beurteilte Arbeitsfähigkeit nicht in Frage gestellt. Dementsprechend wies Dr. Y.\_\_\_\_ im Januar 2022 zu Recht darauf hin, dass die Beurteilung vom Oktober 2021 weiterhin Geltung habe. PD Dr. H.\_\_\_\_ konnte im Januar 2022 eine deutliche Besserung der Beschwerden berichten und feststellen, dass die Tape-Stabilisierung eine fast beschwerdefreie Situation für die Schmerzen auf der Aussenseite und die Instabilität bedeutet, jedoch die Problematik auf der Innenseite weiter bestand. Er wies darauf hin, dass diese wahrscheinlich nicht sehr sinnvoll angegangen werden könne und dass durch die vielen Voreingriffe eine Beschwerdelinderung nicht sicher sei. Eine Indikation für eine posterolaterale Stabilisierung erachtete er als vorsichtig und nach wie vor eher zurückhaltend zu stellen. Er nahm erneut ein Taping vor, von dem die Beschwerdeführerin

sehr profitiert habe (vgl. vorstehend E. 3.12). Eine allergische Reaktion auf das Tape (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 38) wurde nicht dokumentiert.

#### **E. 4.5**

Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. vorstehend E. 1.5). Vorliegend werden weitere Operationen in keiner Weise klar empfohlen, im Gegenteil beurteilte jeder der behandelnden Ärzte die Indikation weiterer Operationen äusserst zurückhaltend und wies darauf hin, dass keine klare Verbesserung zu erwarten ist. Auch Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.13) empfahl nach einer Kniedistorsion im Mai 2022 lediglich konservative und allenfalls bildgebende Massnahmen. Für das Taping, von welchem die Beschwerdeführerin gemäss PD Dr. H.\_\_\_\_ profitierte, wird im Übrigen von der Beschwerdegegnerin weiterhin Kostenübernahme gewährleistet (vgl.

Urk.

9/561/3), ebenso für Schmerzmedikamente und drei Arztkonsultationen (vgl.

Urk. 9/562 S. 1). Ein darüber hinausgehender Anspruch auf eine Fortführung der kurzfristigen Leistungen besteht nicht.

Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Heilkosten und Taggelder per Ende Februar 2022 einstellte und von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepassten Tätigkeiten ausging. Die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung brauchten nicht abgewartet zu werden, denn im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 10. Februar 2022 waren noch keine solchen Massnahmen im Gange, sondern diese begannen nach Lage der Akten erst am 14. März 2022 (vgl. Urk. 9/571). Es liegen zudem keine Anhaltspunkte dafür vor, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert würde, bewegt sich dieses doch im Rahmen des bisher erzielten Einkommens (vgl. vorstehend E. 1.5 sowie nachfolgende E. 6.3-6.4). 5.

#### **E. 5**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5). 1.

### **E. 5.1**

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 5. 2

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf

medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbusse auf ärztliche Sachverständige angewiesen (vgl. zur Aufgabe der Arztperson auch BGE 140 V 193 E. 3.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_809/2021 vom 24. Mai 2022 E. 5.4 mit Hinweisen). Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund. In einem ersten Schritt fällt es dem Arzt oder der Ärztin zu, sich unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht ist und, bejahendenfalls, welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dass sie sich hierfür an die medizinischen Angaben zu halten haben, ändert nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung, im Streitfall des Gerichts, und nicht der medizinischen Fachperson ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2022 vom 31. Januar 2023 E. 6.1.3.1 mit Hinweisen). 5. 3

Dr. Z.\_\_\_\_ erachtete die Schädigung des Ramus infrapatellaris

Nervus

saphe nus nicht als erhebliche und bleibende unfallbedingte Schädigung (vgl. vorstehend E. 3.2). Entgegen den von Dr. Z.\_\_\_\_ festgestellten weitgehend unauffälligen Befunden war Dr. C.\_\_\_\_ der Auffassung, das linke Knie der Beschwerdeführerin sei in seiner Funktion deutlich beeinträchtigt (vgl. vorstehend E. 3.3). Dieses Abweichen wurde nicht schlüssig begründet. Hinzu kommt, dass Dr. C.\_\_\_\_ im Gegensatz zu Dr. Z.\_\_\_\_ keine eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin durchführte. Dr. Z.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass bei einer aktiven Flexion von 100° und einer passiv freien Flexion von 140° die von Dr.

C.\_\_\_\_ angenommene Kniebeweglichkeit von 0-90° nicht als Beurteilungsgrundlage geeignet ist, ebenso wenig wie eine Peroneusläsion im Vergleich zu einem neuropathischen Schmerz (vgl. vorstehend E. 3.4). Die Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ vermag die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2019 - die dieser korrekt erst vorläufig vornahm (vgl. vorstehend E.

3.4) - nicht in Zweifel zu ziehen.

Nachdem keine Bewegungseinschränkung und keine Pathologie der osteochondralen Strukturen vorliegt, ging Dr. Y.\_\_\_\_ davon aus, dass die Erheblichkeitsschwelle für eine Integritätsentschädigung nicht erreicht ist (vgl. vorstehend E.

3.7). Dem ist zu folgen (vgl. Suva-Tabelle 2 ; Funktionsstörungen untere Extremitäten). Nachdem sich klinisch auch keine Gelenksinstabilität nachweisen liess, entfällt auch in

dieser Hinsicht eine Integritätsentschädigung (vgl. Suva-Tabelle 6 ; Gelenksinstabilitäten ). Für eine zukünftige Verschlechterung wurden aus medizinischer Sicht keine Anhaltspunkte gefunden. Damit wurde ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint .

6.

## **E. 6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1 ). 1.

### **E. 6.1**

Es bleibt der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu prüfen.

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideineinkommen ).

### **E. 6.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideineinkommens 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 fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

### **E. 6.3**

Da die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 4. Februar 2016 nicht mehr erwerbstätig war, ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die statistischen Lohnwerte von Frauen für den Bereich Detailhandel (Tabelle TA1\_tira ge\_skill\_level , monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht ) für das massgebliche Jahr 2022 ein hypothetisches Valideineinkommen von Fr. 57'625.-- (vgl. Urk. 9/563; Urk.

9/564) . Dies ist nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten (vgl.

vorstehend E. 2.2).

### **E. 6.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). 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). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund 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 auch im Zeitpunkt des Einspracheentscheides nicht arbeitstätig war, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin ermittelte ausgehend vom im Jahr 2018 von Frauen im Durchschnitt sämtlicher Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level Nominal Total) monatlich erzielbaren Lohn von Fr. 4'371.-

unter Berücksichtigung der wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung in den Jahren 2018 und 2019 ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 55'837.-- (Urk. 9/563; Urk. 9/564), was die Beschwerdeführerin grundsätzlich ebenfalls nicht bestreitet (vgl. Urk. 1 S. 11).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin besteht kein Anlass, von einem Pensum von lediglich 50 % auszugehen. Unter Berücksichtigung des formulierten Belastungsprofils besteht gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung (vgl. vorstehend E. 4.2) eine volle Arbeitsfähigkeit.

### **E. 6.5**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es sei ein Abzug vom Tabellenlohn von 5 % zu gewähren (vgl. vorstehend E. 2.2).

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. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen geschamft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-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 leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen ( BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

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 Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ).

### **E. 6.6**

Die 1989 geborene Beschwerdeführerin verfügt über einen Berufsabschluss als Detailhandelsfachfrau. Eine

leichte bis gelegentlich mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeit ist ihr ganztags zumutbar. Überwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten wie auch solche in überwiegend unebenem Gelände und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten, mit häufigem Knien oder Hocken sind nicht zumutbar. Das Hantieren mit Werkzeugen ist in leichter bis gelegentlich mittelschwerer Intensität zumutbar. Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, selbst bei - vorliegend nicht ausgewiesener - eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). In Würdigung aller Umstände besteht deshalb für das Gericht kein Grund, in das Ermessen der Beschwerdeführerin einzugreifen.

### **E. 6.7**

Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 57'625.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 55'837.-- ergibt eine Einbusse von Fr. 1'788.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 3.1 %, womit kein Rentenan spruch entsteht.

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführerin bleibt es unbenommen, die im Mai 2022 erlittene Knieverletzung (vgl. vorstehend E. 3.13) als neuen Unfall bei der Beschwerdeführerin anzumelden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nathalie Lang - Suva - 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 Bundesge

setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Tiefenbacher

## **E. 7**

Kreisarzt Dr. med. Y. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 22. Oktober 2021 (Urk. 9/536) fest, die Beschwerdeführerin habe insgesamt drei Termine zur kreisärztlichen Untersuchung erhalten und alle kurzfristig absagen müssen. Daher erfolge eine Aktenbeurteilung (S. 2 unten).

Der medizinische Endzustand sei erreicht. Durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Die weiterhin andauernden Schmerzen könnten durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nicht namhaft gebessert werden. Der Beschwerdeführerin seien auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte bis gelegentlich mittel schwere, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ganztags zumutbar. Überwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten und solche in überwiegend unebenem Gelände sowie Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und mit häufigem Knien oder Hocken seien aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen. Das Hantieren mit Werkzeugen sei, sofern die Belastungsstufe «leicht bis gelegentlich mittelschwer» nicht überschritten werde, nicht limitiert (S. 3).

Eine Bewegungseinschränkung werde in keinem klinischen Befund erwähnt und im letzten stattgehabten Magnetresonanzbild fänden sich keine Hinweise auf eine Pathologie der osteochondralen Strukturen. Die Erheblichkeitsschwelle werde daher nicht erreicht, weshalb der Beschwerdeführerin keine Integritätsentschädigung zustehe (S. 3). 3.

## **E. 8**

Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2021 (Urk.

9/548) folgende Diagnose (S. 1): - symptomatische patellofemorale Instabilität Kniegelenk links bei Zustand nach multiplen Voroperationen mit maximal unbefriedigendem Verlauf mit - primär am 2. November 2016 Arthroskopie und Plica -Resektion - 3. August 2017 Arthroskopie, Narbenresektion, partielle Synovektomie und Entfernung einer intraartikulären Zyste - 1. März 2018 Arthroskopie, Arthrolyse

antero-lateraler Vernarbungen mit Thermoversiegelung - 15. März 2018 Mini-Arthrotomie und Hämatom-Evakuierung - 26. September 2018 Narbenrevision, Neurotomie, Ramus infrapatellaris - Wundexzision bei postoperativem Serom, Débridement und Re-Neurotomie des Ramus infrapatellaris

Am Kniegelenk finde sich eine vermehrte mediale Verschiebbarkeit im Patella- Tilt Test bei insuffizienter lateraler Kapsel. Nach lateral sei die Patella normal verschieblich. Die Patellazentrierung erscheine beim passiven Durchbewegen intakt. Bei Flexions-/Extensionsbewegungen komme es infrapatellär zu Ein klemmsymptomen. Bildgebend kämen keine relevanten Arthroseveränderungen zur Darstellung (S. 2). Die Beschwerden hätten zwei Ursachen: Nach Adhäsiolysen und lateralem Release bestehe eine Instabilität patellofemoral; die Kniescheibe lasse sich deutlich pathologisch nach medial verschieben (S. 2 unten). Möglich erweise bestünden kleinere fibrosierte Narben, welche bei bestimmten Bewegun gen zwischen der Patellarsehne und der lateralen Femurokondyle einklemmten im Sinne eines lateral friction Syndroms. Die Therapie sei kompliziert. Ob eine weitere Operation, die höchst zurückhaltend zu bewerten sei, eine für die Beschwerdeführerin zufriedenstellende Beschwerdebesserung herbeiführen könne, erscheine höchst fraglich. Darüber hinaus bestehe eine weiterhin vorhan dene neuropathische Schmerzkomponente, welche dazu geführt habe, dass die Beschwerdeführerin ihre kaufmännische Ausbildung wieder habe abbrechen müssen, da sie nicht einmal in der Lage gewesen sei, länger zu sitzen und sich ausreichend auf ihre Arbeitstätigkeit zu konzentrieren. Es sei noch eine weitere Beurteilung durch PD Dr. med. H.\_\_\_\_ einzuholen (S. 3). 3.

## **E. 9**

Dr. Y.\_\_\_\_ führte am 15. Dezember 2021 eine kreisärztliche Untersuchung durch. Mit Bericht vom 3. Januar 2021 (Urk. 9/551) stellte er folgende , hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 5): - persistierende neuropathische Schmerzen Nervus saphenus mit R amus infrapatellaris links, differentialdiagnostisch aufgrund von Narbenneu rom(en) im Rahmen von Diagnose 2 - Status nach Kniedistorsionstrauma am 4. Februar 2016 Das Gangbild sei normal, der Zehen- und Fersenstand sei problemlos möglich. Das linke Knie sei ergussfrei, das Zohlen -Zeichen sei positiv. Es zeige sich auch e i n mediolateraler und kraniokaudaler Patellaverschiebeschmerz . Die Meniskus-Grinding-Zeichen seien negativ. Es herrsche auch kein medialer oder lateraler Gelenkspaltdruckschmerz. Der Lachmann-Test sei negativ und es zeige sich keine vordere oder hintere Schublade. Die Beweglichkeit des linken Kniegelenks sei bei 0-0-140°. Die Seitenbänder seien in 0° und 30 ° als auch 90° klinisch fest. Das Bein könne gestreckt, gehoben und gehalten werden. Die angrenzenden Gelenke seien frei, die Sensibilität und Durchblutung ohne Befund. Die Patellarsehnenreflexe seien beidseits lebhaft, der Achillessehnenreflex rechts schwach, links noch etwas schwächer auslösbar. Im Bereich des R amus

infrapatellaris zeige sich eine komplette Anästhesie, umgebend werde im Seitenvergleich eine herabgesetzte Sensibilität angegeben (S. 4). Es zeige sich eine etwas aggravierende Beschwerdeführerin. Vor allem die neu ronalen Schmerzen würden hier als Hauptproblem angegeben. Von Seiten der beschriebenen Blockade könne während der klinischen Untersuchung kein Kor relat gefunden werden. Insgesamt präsentiere sich ein Kniegelenk, welches trotz der multiplen Operationen im Vergleich zur rechten Seite keine Bewegungsein schränkungen zeige. Auch die Bandstabilität sei seitengleich gegeben. Es finde sich während der Untersuchung kein Korrelat der angegebenen immerwährenden starken Schmerzen. Aufgrund der vorliegenden Dokumentation und der aktuell erhobenen Befunde sei nun über ein Jahr nach der letzten Operation und beinahe sechs Jahre nach dem initialen Unfallereignis von einer weiteren medizinischen Behandlung keine wesentliche Besserung zu erwarten. Vor Fallabschluss seien jedoch noch aktuelle Röntgenbilder

einzuholen (S. 6). Weiter sei eine Zweitmeinung bezüglich der angegebenen patello-femorale Instabilität abzuwarten (Urk.

9/552/3). 3.

#### **E. 10**

PD Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, diagnostizierte mit Bericht vom 7. Januar 2022 (Urk. 9/557) einen Verdacht auf eine postero-laterale Rotationsinstabilität des linken Knies und einen Knick-Senkfuß flexibel beidseits bei Überlastung des Musculus tibialis

posterior beidseits (S. 1). Bei der Beschwerdeführerin fänden sich einerseits ein diffuses Schmerzbild am Kniegelenk, aber auch gewisse Symptome, welche gut anatomischen Gegebenheiten zuzuordnen seien. Die Beschwerdeführerin erwähne ein Instabilitätsgefühl, wobei dieses an der Kniescheibe prinzipiell nicht bestätigt werden könne. So fänden sich weder bildgebend noch klinisch Hinweise für eine solche Instabilität. Nichtsdestotrotz könne die Beschwerdeführerin dies als eine femoro-patelläre Instabilität empfinden, wenn anderweitig eine Rotationsinstabilität vorliege. Diese könne etwas erahnt werden, wobei auch hier die Klinik nicht eindeutig sei. Ein nun angebrachtes Tape gewähre Stabilität und es sei auszuprobieren, ob sich hier eine gewisse Verbesserung ergebe. Gegebenenfalls könne mit einer intraartikulären Infiltration mit Lokalanästhetika einerseits die Lokalisation der Problematik eingegrenzt werden. Gleichzeitig finde sich aber auch eine Verspannung der gesamten Unterschenkelmuskulatur, was sich negativ auf die Symptomatik im Kniegelenk auswirken könnte. Es finde sich als mögliche Ursache für diese Beschwerden auch ein Knick-Senkfuß. Eine Schuheinlage könnte eine gewisse Erleichterung am Kniegelenk bringen, weshalb diese verordnet worden sei (S. 2). 3.

#### **E. 11**

Dazu hielt Dr. Y.\_\_\_\_ am 31. Januar 2022 (Urk. 9/561/3) fest, es hätten sich bei der weiteren Abklärung keine das Zumutbarkeitsprofil betreffende neuen Tatsachen ergeben. Die Schuheinlagen für den Knick-Senkfuß wie auch der Zustand des Fußes selbst seien nicht unfallkausal. Die Beurteilung vom 22. Oktober 2021 habe weiterhin Gültigkeit. 3.12

PD Dr. H.\_\_\_\_

wiederholte die in seinem Bericht vom 7. Januar 2022 gestellten Diagnosen (S. 1; vgl. vorstehend E. 3.10) und hielt fest, dass die Beschwerdeführerin seit der letzten Konsultation einerseits eine Schuheinlage getragen und andererseits eine Physiotherapie durchgeführt habe. Die Beschwerden seien deutlich besser geworden. Nun störe jedoch die Instabilität umso mehr. Sie verspüre teilweise ein Einknicken des Kniegelenks, als würde eine Schublade sich bewegen. Es sei eine Tape-Stabilisierung durchgeführt worden, welche eine fast beschwerdefreie Situation für die Schmerzen auf der Aussenseite und die Instabilität bedeute. Nachdem das Tape nicht mehr getragen worden sei, verspüre die Beschwerdeführerin wiederum die gleichen Beschwerden (S. 2).

Bei der Beschwerdeführerin zeige sich einerseits eine Rotationsinstabilität des linken Kniegelenks. Dafür spreche einerseits der Unfallmechanismus zu Beginn dieser Problematik, der aktuelle Untersuchung und auch die Austestung mit dem Tape. Muskuläre Beschwerden hätten durch eine Einlagenversorgung positiv beeinflusst werden können. Nach wie vor bestehe jedoch eine Problematik auf der Innenseite, welche durch verschiedenste Interventionen angegangen worden sei. Die Schmerzen und die

Sensibilitätsstörung auf der Innenseite könnten wahr scheinlich nicht mehr sinnvoll angegangen werden. Für die Beschwerden auf der Aussenseite könnte durchaus durch eine zusätzliche Stabilisierung eine Verbesserung erzielt werden. PD Dr. H.\_\_\_\_ hielt fest, er habe der Beschwerdeführerin jedoch offen mitgeteilt, dass durch die vielen Voreingriffe eine Beschwerdelinderung nicht sicher sei. Zu viele Faktoren störten hier die Prognose. Eine Indikation für eine posterolaterale Stabilisierung sei vorsichtig und nach wie vor eher zurückhaltend zu stellen. Die Zweifel gegenüber einer erfolgreichen Operation seien der Beschwerdeführerin erläutert worden. Als Alternative bleibe lediglich, die Schmerzen als solche zu akzeptieren oder andere Wege einzuschlagen. Eine weitere physiotherapeutische Beübung sei nicht erfolgsversprechend. Der Beschwerdeführerin sei noch einmal eine Tape-Stabilisierung angepasst worden. Sie habe damit sehr gute Erfahrungen gemacht und wolle dies für die nächsten Wochen noch einmal probieren (S. 2). 3.13

Dr. G.\_\_\_\_

diagnostizierte mit Bericht vom 23. Mai 2022 (Urk. 9/589) eine Kniegelenksdistorsion links am 16. Mai 2022 mit Verdacht auf eine Subluxation patello-femoral bei postero-lateraler Rotationsinstabilität des Kniegelenkes links mit Zustand nach multiplen Voroperationen (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich das linke Patellofemoralgelenk etwas verletzt im Sinne einer Subluxation, Hyperkompression durch ein Rotationstrauma im Rahmen der vorbestehenden postero-lateralen Rotations-Instabilität. Die Beschwerdeführerin verspüre nun wieder vermehrt patello-femorale Beschwerden, was zu einer traumatischen Aktivierung der vorbestehenden Situation geführt habe. Sie bekomme kurzfristig eine Kniegelenkssoftorthese mit seitlicher Gelenkführung, da sie subjektiv eine Instabilität verspüre. Zunächst sei die spontane Entwicklung unter lokaler Therapie zusammen mit der Orthesen-Therapie abzuwarten. Sollten die Beschwerden dann anhalten, sollte eine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden, auch um frisch traumatische Pathologien von chronisch vorbestehenden Pathologien besser differenzieren zu können (S. 2). 4.

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