



**Fall-Nr.:** UV 2015/47  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.08.2019  
**Entscheiddatum:** 06.11.2017

### **Entscheid Verfsicherungsgericht, 06.11.2017**

**Art. 6 UVG. Verneinung der natürlichen Kausalität der geltend gemachten Beschwerden. Würdigung Gutachten. Gutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung beweistauglich. Bestimmung des Valideneinkommens unter Berücksichtigung einer Parallelisierung infolge Minderverdienstes. Invalideneinkommen mit Tabellenlohnabzug von 15%. Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 19% (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. November 2017, UV 2015/47). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2017.**

Entscheid vom 6. November 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

UV 2015/47

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Josef Jacober, Oberer Graben 44, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

**SWICA Versicherungen AG**, Römerstrasse 37,

Postfach, 8401 Winterthur,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Invalidenrente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ war seit 17. März 2008 bei der B.\_\_\_\_ SA als Raumpflegerin angestellt und dadurch bei der Swica Versicherungen AG gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 17. Januar 2012 von einem Auto angefahren wurde und sich eine Tibiaplateaufraktur links zuzog (UV-act. 1 und 11). Die Swica anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlungskosten und Taggeld; UV-act. 7).

A.b Die Versicherte war vom 17. Januar bis 4. Februar 2012 in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hospitalisiert. Es wurde eine Spaltung der Tibialis anterior Loge im Unterschenkel links durchgeführt und, nach Wundrevision und -verschluss, die Tibiaplateaufraktur links osteosynthetisch versorgt unter intravenöser Antibiose. Im Austrittsbericht vom 9. Februar 2012 wurde ein Unterschenkelkompartiment bei Tibiaplateaufraktur links Typ Schatzker II und ein Subcutanhämatom anterolateral proximale Tibia links diagnostiziert (UV-act. 11). Vom 13. bis 25. Mai 2012 war die Versicherte erneut im KSSG hospitalisiert, wo eine



## St.Galler Gerichte

Osteosynthesematerialentfernung proximale Tibia links sowie eine Kniegelenktotalprothese links mit lateralem Subvastus-Zugang und eine Tuberositasosteotomie durchgeführt wurden. Im Austrittsbericht des KSSG vom 29. Mai 2012 wurde eine Gonarthrose links diagnostiziert (UV-act. 40).

A.c Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, stellte im Bericht vom 26. Juni 2012 die Diagnose eines Unterschenkelkompartments bei Tibiaplateaufraktur links und eine vorbestehende bekannte moderate Gonarthrose links. Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine neue Beurteilung acht Wochen nach der Einsetzung der Totalprothese (14. Mai 2012) in Aussicht gestellt (UV-act. 41). Auch die Ärzte des KSSG hielten im Schreiben vom 2. Juli 2012 fest, dass eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit acht Wochen postoperativ stattfinden werde (UV-act. 43). Im Bericht des KSSG vom 19. Juli 2012 wurde ein protrahierter Verlauf festgehalten. Klinisch und radiologisch könne keine Ursache dafür festgelegt werden. Ein Infektverdacht habe mittels Punktion provisorisch ausgeschlossen werden können (UV-act. 51).

A.d Im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 4. September 2012 wurde das Bestehen eines mittelgradig depressiven Zustandsbildes im Rahmen einer Anpassungsstörung nach Autounfall mit chronifiziertem Schmerzsyndrom und einem daraus resultierenden psychophysischen Erschöpfungssyndrom festgehalten (UV-act. 65).

A.e Im Bericht des KSSG vom 17. September 2012 wurde der Verlauf vier Monate postoperativ als gut mit noch leichter Restschmerzhaftigkeit beurteilt (UV-act. 72).

A.f Die Versicherte wurde im Auftrag der Swica am 20. September 2012 von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Im Bericht vom 24. September 2012 diagnostizierte dieser eine schmerzhafte Arthroplastik Kniegelenk links bei Status nach Verkehrsunfall mit lateraler Tibiaplateaufraktur bei vorbestehender medial betonter Varus Gonarthrose links, einen Status nach Logenspaltung Unterschenkel links, einen Status nach Osteosynthese lateraler Tibiaplateaufraktur links, einen Status nach Knieprothese links, Adipositas, eine Coxarthrose links, eine Gonarthrose rechts und eine posttraumatische Verarbeitungsstörung. Der Unfall vom 17. Januar 2012 sei nicht die einzige Ursache für die festgestellte gesundheitliche



## St.Galler Gerichte

Störung, aber eine Mitursache. Es sei davon auszugehen, dass früher oder später mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Gesundheitsstörung auch ohne den Unfall zur Geltung gekommen wäre (UV-act. 75).

A.g Im Bericht des Departements Interdisziplinäre medizinische Dienste, Muskelzentrum ALS Clinic des KSSG vom 21. September 2012 wurde eine Läsion des nervus peroneus links mit Kribbelparesthesien wahrscheinlich im Rahmen eines Autounfalls mit Tibiaplateaufraktur links, ein dringender Verdacht auf eine Meralgie paraesthetica und ein dringender Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert (UV-act. 96).

A.h Im Schreiben vom 26. Oktober 2012 teilte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, Rheumatologie G.\_\_\_\_ mit, dass die Versicherte am 26. April 2011 wegen einer aktivierten Varusgonarthrose links bei ihm in Abklärung gewesen sei. Sie habe über starke Knieschmerzen links seit zwei Monaten ohne vorangegangenes Trauma, vorübergehend verbunden mit einer Schwellung beim Schmerzbeginn, geklagt. Vorgängig habe sie leichtere Knieschmerzen im rechten Kniegelenk gehabt, welche aber zurückgegangen seien. Im linken Knie habe sie über Dauerschmerzen, verstärkt beim Gehen, besonders beim Treppabgehen, gelegentlich auch Nachtschmerzen berichtet (UV-act. 87).

A.i Im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 6. November 2012 wurde aus psychiatrischer Sicht eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt festgehalten (UV-act. 92).

A.j Im Auftrag der Swica wurde die Versicherte am 26. März 2013 orthopädisch durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, und am 27. März 2013 psychiatrisch durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Im Gutachten vom 26. April 2013 diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ einen Restschmerz nach Knie-Totalprothese links wegen medialer Gonarthrose, einen Status nach Osteosynthese einer lateralen Tibiaplateaufraktur links und einen Status nach Logenspaltung Unterschenkel links sowie eine mediale Gonarthrose rechts. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Reinigung liege eine volle Arbeitsunfähigkeit vor. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit könne mit einer zeitlichen Einschränkung von 30% ausgeübt werden, dies bedingt durch vermehrte Pausen, Positionswechsel und



verlangsamtes Arbeitstempo. Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (Angst, Traurigkeit) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Im Fragenkatalog gaben die Gutachter bei der Arbeitsfähigkeit schliesslich an, dass aufgrund des rein unfallbedingten Zustandes Knien, Kauern und ausschliesslich stehendes Arbeiten mit ziemlicher Sicherheit nur noch im Umfang von 50% bei voller Leistung, vorzugsweise in zwei Blöcken mit einer genügend langen Pause, möglich sei (UV-act. 136 und act. G 11.1).

A.k Im Rahmen der Leistungskoordination bei Versicherten mit mehreren Arbeitgebern nach einem Nichtberufsunfall informierte die Swica die Suva mit Schreiben vom 3. Juni 2013, dass ein Invaliditätsgrad von 41% und eine Integritätsentschädigung von 30% ermittelt worden sei (UV-act. 142). Mit Schreiben vom 5. Juli 2013 führte die Suva aus, dass sie mit der Berechnung des Invalideneinkommens nicht einverstanden sei, da die Annahme einer Leistung von noch 50% nicht genügend begründet sei (UV-act. 145). Die Swica unterbreitete Dr. H.\_\_\_\_ in der Folge einige Zusatzfragen zum Gutachten, welche dieser mit Schreiben vom 22. September 2013 beantwortete. Dabei führte er unter anderem aus, dass ihm ein Fehler unterlaufen sei und der zeitliche Umfang für die Pausen und Positionswechsel 30% und nicht 50% betrage (UV-act. 155).

A.l Daraufhin ermittelte die Swica einen Invaliditätsgrad von 0% und eine Integritätsentschädigung von 10% (UV-act. 158). Dies wurde von der Suva nicht beanstandet (UV-act. 160).

A.m Dem von Dr. C.\_\_\_\_ eingereichten Gesuch vom 28. Oktober 2013 um Zuweisung zur stationären Rehabilitation in der Klinik Valens (UV-act. 161) wurde von der Swica mit Schreiben vom 1. November 2013 nicht entsprochen, da der Endzustand erreicht sei und die Versicherte keinen Anspruch auf Heilbehandlung mehr habe (UV-act. 162).

A.n Mit Schreiben vom 1. November 2013 teilte die Swica der Versicherten mit, dass vorgesehen sei, die Taggeldleistungen und Heilungskosten per 27. März 2013 einzustellen, dass die Adäquanz für die psychischen Beschwerden ab diesem Datum nicht mehr gegeben sei, dass kein Rentenanspruch resultiere und die



Integritätsentschädigung Fr. 12'600.-- betrage. Der Versicherten wurde die Möglichkeit gegeben, Einwendungen zu dieser vorgesehenen Entscheidung vorzubringen (UV-act. 163).

A.o Mit Schreiben vom 25. November 2013 nahm die Versicherte dazu Stellung. Die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung seien noch nicht abgeschlossen, das entsprechende Verfahren sei vor dem Versicherungsgericht noch hängig. Weiter erstaune, dass noch nie ein Rehabilitationsaufenthalt gewährt worden sei, obwohl ein solcher grosse Aussicht auf Erfolg hätte. Sie sei auch nie zu einem Berufswechsel aufgefordert worden, weshalb ihr die gutachterlich festgelegte 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht entgegengehalten werden könne. Solange der Fall nicht abgeschlossen werden könne, sei deshalb weiterhin das volle Taggeld geschuldet. Bezüglich der Adäquanz der psychischen Beschwerden hätten vor dem Unfall offensichtlich keine psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bestanden und die seither bestehende psychische Störung sei allein auf den Unfall und die schwierige erfolglose Heilbehandlung zurückzuführen. Da gemäss Dr. I.\_\_\_\_ die psychischen Beschwerden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, erübrige sich eine differenzierte Stellungnahme. Bei der Rentenberechnung sei zu berücksichtigen, dass die Versicherte vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens aus unfreiwilligen Stücken einen unterdurchschnittlichen Verdienst erzielt habe. Deshalb sei für das Validen- und Invalideneinkommen vom selben Wert auszugehen. Zudem sei ein Tabellenlohnabzug von 25% gerechtfertigt, womit sie grundsätzlich Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Da der Vorzustand erst nach dem Unfall dekompenziert habe, sei von einer Integritätsentschädigung von 30% auszugehen (UV-act. 170).

A.p Mit Verfügung vom 27. Februar 2014 stellte die Swica die Taggelderleistungen und Heilbehandlungskosten infolge Erreichens des Endzustandes bezüglich der Unterschenkelfraktur per 27. März 2013 ein. Für die psychischen Beschwerden sei spätestens ab 26. März 2013 die Adäquanz nicht mehr gegeben. Es resultiere kein Rentenanspruch. Die Integritätsentschädigung betrage Fr. 12'600.--. Dabei stütze sich die Swica im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_. Aus rein objektivierbarer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten. Der Integritätsschaden sämtlicher unfallbedingter Verletzungen betrage 10% aufgrund der Knietotalprothese links ohne Berücksichtigung des Vorzustandes (UV-act. 176).



A.q Mit Schreiben vom 4. März 2014 erhob der Versicherte Einsprache gegen diese Verfügung und beantragte deren Aufhebung, soweit sie eine weitergehende Leistungspflicht der Unfallversicherung verneine. Weiter beantragte sie die Erteilung einer Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation in der Klinik Valens oder einer vergleichbaren Institution, die weitere Ausrichtung des Taggeldes in voller Höhe und eventualiter die Ausrichtung einer Rente von 38% des versicherten Lohnes und einer Integritätsentschädigung von Fr. 37'800.--. Die medizinische Behandlung sei noch nicht abgeschlossen, und es sei fest mit einer namhaften Besserung der Beschwerden zu rechnen. Auch die IV-Eingliederungsmassnahmen seien noch nicht abgeschlossen. Zudem werde die IV-Stelle die Versicherte in nächster Zeit polydisziplinär begutachten lassen. Die Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ würden die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit nicht bestätigen. Die Aussagen von Dr. H.\_\_\_\_ seien widersprüchlich und unklar. Es dränge sich auf, die durch die IV-Stelle in Auftrag gegebene umfassende Begutachtung abzuwarten. Der von Dr. H.\_\_\_\_ ermittelte Integritätsschaden von 10% sei zu tief (UV-act. 178).

A.r Die IV-Stelle beauftragte das BEGAZ Begutachtungszentrum BL mit einer polydisziplinären (allgemeinmedizinischen, orthopädischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Begutachtung mit folgenden Gutachtern: Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin; Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie; Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH für Rheumatologie; Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Swica richtete einen Katalog von Zusatzfragen an das BEGAZ (UV-act. 177 und 187).

A.s Im polydisziplinären Gutachten der BEGAZ vom 26. Juni 2014 wurde ein chronisches Schmerzsyndrom am linken Knie mit funktioneller Bewegungs- und Belastungseinschränkung (nur teilweise organisch begründbar) bei variablen Bewegungsausmassen und fehlender Muskelatrophie trotz Schonhinken, Status nach Kompartimentspaltung Unterschenkel links (Tibialis anterior-Loge und Peroneusloge) am 18.01.2012 bei Unterschenkelkompartement-Syndrom infolge Tibiaplateau-Fraktur am 17.01.2012, Status nach Reposition, Auffüllen mit Knochenersatzmaterial und Plattenosteosynthese proximale Tibia links am 23.01.2012, Status nach Implantation einer Knie totalprothese links am 14.05.2012 nach Entfernung des Osteosynthesematerials bei Gonarthrose, weiter eine Varusgonarthrose rechts, ein



Status nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, gegenwärtig remittiert, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Selbstlimitierung und Eingehen von ungünstigen Copingstrategien mit deutlichen Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit pseudoneurologischen Ausfällen und variablen Funktionsstörungen, keinem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius), unspezifische Kreuzschmerzen, differentialdiagnostisch im Rahmen der Schmerzfehlerverarbeitung bei 5/5 positiven Waddell-non-organig-signs, ein Status nach Kontusion der LWS und des Sacrums am 03.12.2010 bei Treppensturz mit Spondylarthrosen distal-lumbal mit geringgradiger degenerativer Olisthesis LWK4/5 sowie Chondrosen LWK4 bis S1 und diskreter rechtskonvexer Skoliose (LWS-Röntgen vom 07.12.2010), Spreizfüsse (beginnender Hallux valgus links) und eine Adipositas per magna diagnostiziert. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Versicherte konstant mittelschwere nicht adaptierte und schwere körperliche Tätigkeiten seit dem Unfall nicht mehr ausüben könne. Leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten, welche vorwiegend im Sitzen und ohne Anwendung der Gehstützen durchgeführt werden könnten, seien der Versicherten vollschichtig möglich mit einer Einschränkung von 10%, dies ab ca. November 2012. Der Unfall sei nicht die einzige Ursache, aber eine Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störungen (UV-act. 189).

A.t Im Rahmen der Leistungskoordination schlug die Swica der Suva vor, den Einspracheentscheid analog der Verfügung zu erlassen, mit der Ausnahme der Integritätsentschädigung, für welche neu 20% gewährt würden (UV-act. 192). Die Suva führte diesbezüglich aus, dass dem BEGAZ Gutachten aufgrund von Widersprüchen der Beweiswert abzusprechen und auf die Expertise von Dr. H.\_\_\_\_ abzustellen sei. Letztendlich sei dies nur hinsichtlich der Integritätsentschädigung von Bedeutung. Der Anspruch auf eine Rente und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden sei in jedem Fall abzulehnen (UV-act. 193).

A.u Mit Einspracheentscheid vom 18. Juni 2015 wies die Swica die Einsprache ab und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Gestützt auf die Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig. In somatischer Hinsicht könne auf die Gutachten von Dr.



## St.Galler Gerichte

E.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ abgestellt werden. Eine Unfallkausalität werde von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ verneint. Es sei unfallbedingt von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, weshalb der Endzustand erreicht sei. Da bezüglich der unfallbedingten Schädigung von einer weiteren Behandlung keine Besserung erwartet werden könne und das Schmerzsyndrom nur teilweise organisch begründbar sei, bestehe aus der obligatorischen Unfallversicherung keine Leistungspflicht für eine stationäre Rehabilitation. Für die Weiterausrichtung des Taggelds bestehe kein Anlass. Es würde auch die Rechtsgrundlage für eine Integritätsentschädigung dahinfallen. Es liege im Ermessen des Gerichts in einem allfälligen Verfahren eine reformatio in peius anzudrohen (UV-act.197).

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 25. August 2015. Die Beschwerdeführerin beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge, der Einspracheentscheid sei insoweit aufzuheben, als dass ihr keine Invalidenrente zugesprochen worden sei. Ihr sei eine Invalidenrente von mindestens 47.5% des versicherten Lohnes auszurichten, eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen. Bezüglich Taggeldleistungen, Heilungskosten und Integritätsentschädigung werde der Einspracheentscheid nicht angefochten. Das BEGAZ-Gutachten sei ihr nicht zur Stellungnahme zugestellt worden, womit das rechtliche Gehör verletzt worden sei. Der natürliche Kausalzusammenhang sei gegeben, da bei allen Gutachtern Einigkeit herrsche, dass weder der status quo ante noch der status quo sine je erreicht werden könne, womit durch den Unfall eine richtungsgebende Verschlimmerung eingetreten sei. Da die Schmerzen am linken Knie zumindest teilweise begründbar seien, müsse bezüglich der psychischen Unfallfolgen auch die adäquate Kausalität bejaht werden. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des BEGAZ-Gutachtens könne nicht abgestellt werden, deshalb sei auf die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ abzustellen. Es sei beim Invaliden- und beim Valideneinkommen vom selben Wert sowie von einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 70% auszugehen und ein Tabellenlohnabzug von 25% vorzunehmen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Aufgrund der medizinischen



## St.Galler Gerichte

Unterlagen sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Da die Kniegelenktotalendoprothese links und die Gonarthrose rechts laut Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ nicht unfallbedingt seien, fehle es vorliegend an der Kausalität zwischen dem Unfall und der Leistungseinschränkung (act. G 6).

B.c Mit Replik vom 1. Dezember 2015 hält die Beschwerdeführerin unverändert an ihrer Beschwerde fest (act. G 11). Mit der Replik reichte sie das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 20. April 2013 mit dem beantworteten Fragekatalog vom 2. Mai 2013 ein (act. G 11.1 f.). Mit Duplik vom 9. Dezember 2015 stellt die Beschwerdegegnerin fest, es gehe aus dem eingereichten Teilgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ hervor, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (act. G 13).

## Erwägungen

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 18. Juni 2015 (UV-act. 197), dem die Verfügung vom 27. Februar 2014 (UV-act. 176) zugrunde liegt. Darin wurde über die Einstellung von Taggeldleistungen und Heilungskosten, den Rentenanspruch und die Integritätsentschädigung befunden. Die Beschwerde richtet sich vorliegend einzig gegen den nicht gewährten Rentenanspruch, weshalb die Fragen der Einstellung von Taggeldleistungen und Heilungskosten sowie der Integritätsentschädigung nicht zum Streitgegenstand gehören. Diesbezüglich ist der angefochtene Einspracheentscheid bzw. die zugrunde liegende Verfügung in Rechtskraft erwachsen.

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach



bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

1.3 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45).

1.4 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMOR-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität die Unfallversicherung (RKUV



1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C\_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2007, U 290/06). Von einer richtunggebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung nur dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C\_484/2014, E. 2.1 mit Hinweisen; RUMO-JUNOG/HOLZER, a.a.O., S. 54).

1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 52 ff. zu Art. 43). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen



Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.

2.1 Gemäss Bericht vom 24. September 2012 von Dr. E.\_\_\_\_ kann ein Status quo ante beim vorliegenden Verletzungsmuster einer lateralen Tibiafraktur bei medialer Gonarthrose nie erreicht werden. Es könne zwar davon ausgegangen werden, dass es bei der Kombination körperlich anstrengender Beruf, Adipositas und medialer Gonarthrose im Lauf der nächsten 12 bis 24 Monate zu einer Dekompensation gekommen wäre und es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall zu dieser Gesundheitsstörung gekommen wäre. Dr. E.\_\_\_\_ verneinte aber die Frage, ob durch den Unfall eine richtunggebende oder dauernde Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung stattgefunden habe mit der Begründung, dass es sich um eine laterale Fraktur gehandelt, die Dekompensation aber medial stattgefunden habe (UV-act. 75, S. 5). Bei der Beurteilung des Integritätsschadens führte Dr. E.\_\_\_\_ hingegen aus, dass eine laterale Tibiaplateaufraktur immer zu einer Gonarthrose führe, welche in der Regel früher oder später mit einer Arthroplastik versorgt werden müsse, welche aber häufig einen schlechten Erfolg bringe (UV-act. 75, S. 8).

2.2 Auch Dr. H.\_\_\_\_ kommt zum Schluss, dass der Status quo ante nicht mehr erreicht werden könne, da die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung durch die Knie totalprothese abschliessend mitbehandelt worden sei. Weiter führt er aus, dass mittelfristig eine Behandlung der vorbestehenden Kniebeschwerden nötig geworden wäre. Ob sie ebenfalls in Form einer Knie totalprothese erforderlich gewesen wäre, könne nicht gesagt werden. Der Status quo sine könne nach der Prothese nicht erreicht werden. Klinisch sei der Vorzustand zwar symptomfrei geblieben mit Ausnahme der Behandlung ein Jahr vor dem Unfall. Es habe aber kurz nach dem Unfall eine Verschlimmerung stattgefunden, obwohl der Unfall die Aussenseite des Knies und nicht die vorgeschädigte Innenseite betroffen habe. Die Verschlimmerung sei dauernd gewesen und habe eine Knieprothese erfordert. Der Unfallanteil der dauernden richtunggebenden Verschlimmerung wurde mit 30% beziffert (UV-act. 136, S. 8 f.).



2.3 Auch die BEGAZ-Gutachter kommen zum Schluss, dass ein Status quo ante nicht mehr erreicht werden könne. Weiter könne nicht beurteilt werden, ob auch ohne das Unfallereignis der weitere Verlauf derart gewesen wäre, dass schliesslich eine Kniegelenktotalprothese hätte eingesetzt werden müssen. Insofern könne nicht zuverlässig gesagt werden, wann bzw. ob ein Status quo sine erreicht worden sei. Dr. L.\_\_\_\_ führte weiter aus, es könne höchstens möglicherweise von einer richtunggebenden oder dauernden Verschlimmerung der vorbestehenden Gesundheitsschädigung durch den Unfall ausgegangen werden, da degenerative Gelenksveränderungen per se progredient verlaufen könnten. Dr. K.\_\_\_\_ kam dagegen zum Schluss, es könne weder von einer richtunggebenden noch von einer dauernden Verschlimmerung durch den Unfall ausgegangen werden, da die Verletzung im lateralen Anteil des linken Kniegelenks stattgefunden habe und die Verschlimmerung sich im medialen Anteil des Knies entwickelt habe. Beide kamen jedoch zum Schluss, dass nicht zuverlässig gesagt werden könne, wann bzw. ob ein Status quo sine erreicht worden sei (UV-act. 189, S. 68 f.). Bezüglich der Beurteilung des Integritätsschadens hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, ein rein unfallbedingter Zustand liege nicht mehr vor und es bestehe jetzt ein krankheitsbedingter Zustand. Hätte man den Heilungsverlauf im April 2012 nicht durch das Einbringen der Kniegelenkprothese unterbrochen, wäre nach knöcherner Konsolidierung mit einem protrahierten Verlauf aufgrund der Arthrose zu rechnen gewesen. Erfahrungsgemäss sei bekannt, dass solche Arthrosen früher oder später zu einer alloarthroplastischen Versorgung gelangen würden (UV-act. 189, S. 76).

2.4 Die Gutachter kommen übereinstimmend zum Schluss, dass der Status quo ante nicht mehr erreicht werden könne. Bezüglich des Status quo sine halten die BEGAZ Gutachter und auch Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass dessen Erreichen nicht zuverlässig beurteilt bzw. dieser nicht mehr erreicht werden könne. Dr. E.\_\_\_\_ äussert sich nicht explizit dazu.

2.5 Aufgrund der Ausführungen der Ärzte ist davon auszugehen, dass sowohl die vorbestehende Gonarthrose aufgrund ihres Verlaufs mittelfristig zu einer Dekompensation geführt hätte, die operativ mit einer Endoprothese hätte behandelt werden müssen, als auch die Tibiaplateaufrakturen mittelfristig zu einer alloarthroplastischen Versorgung geführt hätte. Für beide Fälle konnten die Ärzte aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festhalten, dass eine Kniegelenktotalprothese



notwendig geworden wäre. Vorliegend hat das Zusammentreffen des Unfalls und des degenerativen Vorzustandes dazu geführt, dass vier Monate nach dem Unfall – und somit sicher früher als einzig basierend auf dem vorbestehenden degenerativen Gesundheitszustand – eine Knie totalprothese nötig wurde. Somit war der Unfall zumindest zeitlich für die Operationsindikation bestimmend, womit ein haftungsbegründender Kausalfaktor vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2007, U 136/06 E. 3.29). Aufgrund der medizinischen Akten gelingt es der Beschwerdeführerin nicht, das Erreichen des Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beweisen, weshalb von einer richtunggebenden Verschlimmerung auszugehen ist. Vorliegend handelt es sich auch nicht um einen Fall, bei welchem medizinische Erfahrungstatsachen für eine Abheilung der unfallbedingten Folgen und somit ein Verschwinden der Kausalität vorliegen würden. Die Gutachter haben klar dargelegt, dass eine Tibiaplateaufraktur zu einer Gonarthrose und somit zum selben Gesundheitsschaden führen würde, welcher bei der Beschwerdeführerin zumindest teilweise bereits vorbestanden hatte. Da aber in beiden Situationen nicht klar ist, ob eine Knie totalprothese notwendig geworden und sich die entsprechenden gesundheitlichen Beschwerden entwickelt hätten, kann der Unfall hinsichtlich der Erreichung des abschliessend vorliegenden gesundheitlichen Zustands nicht weggedacht werden, ohne dass die eingetretene Entwicklung entfiel oder in anderer Weise eingetreten wäre. Somit ist die natürliche Kausalität des Unfalls auch nach Erreichen des medizinischen Endzustandes weiterhin gegeben.

3.

3.1 In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr I.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (Angst, Traurigkeit) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Sie führte dazu aus, dass die chronischen Schmerzen in der Knie region links zwar ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung hätten, sich jedoch nicht durch objektive Befunde erklären liessen (act. G 11.1, S. 4). Im Bericht vom 2. Mai 2013 zur Beantwortung der Zusatzfragen verwies Dr. I.\_\_\_\_ bezüglich der Diagnose auf ihr Gutachten. Auf die Frage, in welchen Tätigkeiten die Beschwerdeführerin unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor dem Unfall eingeschränkt sei, antwortete Dr. I.\_\_\_\_,



dass bei der Beschwerdeführerin unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor dem Unfall keine psychischen Einschränkungen hätten festgestellt werden können. Auf eine praktisch gleich formulierte Frage führte sie dann jedoch aus, unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor dem Unfall seien der Beschwerdeführerin heute leichte Tätigkeiten, vor allem im Sitzen, mit häufigeren Pausen zumutbar. Sie verwies hierzu auf die ausführliche Beschreibung im Hauptgutachten. Durch die chronische Schmerzverarbeitung seien die psychische Belastbarkeit und Ausdauer gemindert, somit sei das zeitliche Ausmass auf 50% beschränkt (act. G 11.2). Diese letzte Aussage steht im Widerspruch zu der restlichen Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_. Da sie darin auf das Hauptgutachten verweist, muss davon ausgegangen werden, dass sich die Einschränkung auf die von Dr. H.\_\_\_\_ zunächst fälschlicherweise mit 50% angegebene Einschränkung bezieht (vgl. UV-act. 136, S. 10) und nicht auf eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Mit der Aussage im Bericht vom 2. Mai 2013 lässt sich eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen jedenfalls nicht beweisen.

3.2 Gemäss Dr. M.\_\_\_\_ liegt bei der Beschwerdeführerin diagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exacerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch spielten diese nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall eine chronische Schmerzstörung entwickelt habe, wobei aus psychiatrischer Sicht nicht bewiesen werden könne, ob dieser Unfall eine Hauptursache für diese chronische Schmerzentwicklung gewesen sei oder ob möglicherweise auch andere Faktoren, die sich bereits früher angebahnt hätten, mit eine Rolle gespielt haben könnten. Schliesslich kommt Dr. M.\_\_\_\_ zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit ausgemacht werden könne (UV-act. 189, S. 57 ff.).

3.3 Die Einschätzung der beiden Gutachter deckt sich auch mit der Beurteilung der behandelnden Ärzte, welche ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgegangen sind (vgl. act. G 11.1, S. 2). Somit erübrigt sich vorliegend die Prüfung der Kausalität der psychischen Leiden, da diesbezüglich keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt.

4.



4.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Die Invalidenrente beträgt bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes; bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt (Art. 20 Abs. 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

4.2 Dr. H.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten aus, dass ein schlechtes Resultat nach Knie-Totalprothese links vorliege. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit könne mit einer zeitlichen Einschränkung von 30% ausgeübt werden, dies bedingt durch vermehrte Pausen, Positionswechsel und verlangsamtes Arbeitstempo. Diese Einschätzung sei möglich, da doch schmerzfreie Phasen vorkommen würden und der permanente Gebrauch von zwei Stöcken nicht nachvollziehbar sei. Es bestehe eine Bewegungseinschränkung und es würden belastungsabhängige Schmerzen angegeben, was beides subjektiv gefärbte Aspekte seien. Daneben müsse man akzeptieren, dass nach einer Prothesenimplantation schlechte Ergebnisse vorkommen würden. Dies fliesse in die Beurteilung ein. Bildgebend liege dagegen ein gutes Resultat vor, und die für Lockerung empfindliche Szintigrafie sei negativ. Das heisse, es fänden sich keine objektivierbaren Befunde, die das Ausmass der Beschwerden erklären könnten. Nehme man diese Tatsache als Grundlage, würde keine Arbeitsunfähigkeit bestehen und alle Tätigkeiten wären zumutbar, was natürlich unrealistisch sei (UV-act. 136, S. 7; 155, S. 2).

4.3 Dr. K.\_\_\_\_ hielt im BEGAZ-Gutachten fest, dass die erhobenen objektiven orthopädischen Befunde keineswegs das Ausmass, wie es von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ attestiert wurde, gehabt hätten. Bedingt durch die chronische Kniegelenksproblematik seien der Beschwerdeführerin keine ausschliesslich gehenden oder stehenden Tätigkeiten zumutbar und auch keine Tätigkeiten mit häufigem in die Hocke Gehen oder Arbeiten in kauender Stellung. Sie könne auch keine schweren Lasten (über 10 kg) heben und tragen. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, welche



vorwiegend im Sitzen und ohne Anwendung der Gehstützen durchgeführt werden könnten, vollschichtig möglich. Schmerzbedingt bei Status nach Kniegelenks-Totalendoprothese links und Femoropatellar-Gelenkschondropathie oder gar Chondromalazie mit Gonarthrose rechts bestehe eine Reduktion der Leistungsfähigkeit von 10%. Diese Einschätzung beziehe sich in erster Linie auf die chronische Schmerzsymptomatik am linken Knie und die geringe Gonarthrose am rechten Knie und gelte ab November 2012 (UV-act. 189, S. 38 f.). Auch Dr. L.\_\_\_\_ hielt im BEGAZ-Gutachten aus rheumatologischer Sicht fest, dass bei jeglicher vorwiegend sitzenden Tätigkeit verbunden mit in der Regel leichter Gewichtsbelastung bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 90% bestehe. Die Einschränkung um 10% begründe sich durch einen vermehrten Pausenbedarf im Rahmen der Schmerzproblematik, die als sogenannt organischer Kern beurteilt werde. Es beständen keine Gründe für eine allfällige Kumulation mit einer durch andere Fachbereiche attestierten Teilarbeitsunfähigkeit. Die Diskrepanz zur Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ resultiere dadurch, dass der Anteil der nicht-organisch begründbaren Schmerzproblematik aus rheumatologischer Sicht höher gewertet werde als aus orthopädischer Sicht. Zudem seien die sogenannten Überlagerungssymptome damals nicht so ausgeprägt gewesen wie aktuell. Auch die Tatsache, dass keine Muskelatrophie im Bereich der Beine vorgelegen habe, sei offensichtlich nicht so stark gewertet worden (UV-act. 189, S. 45 f.). Insgesamt hielten die Gutachter im BEGAZ-Gutachten fest, dass die Beschwerdeführerin gesamtmedizinisch konstant mittelschwere nicht adaptierte und schwere körperliche Tätigkeiten seit dem Unfall nicht mehr ausüben könne. Leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten, welche die Einschränkungen aus rheumatologischer/–orthopädischer Sicht berücksichtigen würden, seien ihr vollschichtig möglich mit einer Einschränkung von 10%, dies ab ca. November 2012 (UV-act. 189, S. 64).

4.4 Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass sogar die Suva das BEGAZ-Gutachten als nicht beweistauglich eingeschätzt habe und dass deshalb auf die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ abzustellen sei (act. G 1, S. 15). In ihrer Stellungnahme vom 14. August 2014 äussert sich die Suva jedoch lediglich zur Kausalitätsbeurteilung des BEGAZ-Gutachtens und macht diesbezüglich Widersprüche geltend. Zur Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, welche auch unabhängig von der Kausalitätsfrage vorgenommen wurde, äussert sich die Suva nicht (vgl. UV-act. 193).



4.5 Auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des BEGAZ-Gutachten kann abgestellt werden. Das Gutachten stützt sich auf umfassende Untersuchungen und wurde in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und unter Berücksichtigung des gesamten Leidensbildes erstellt. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar und es fand eine überzeugende Auseinandersetzung mit der früher erfolgten Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ statt. Dieser führte aus, dass die geltend gemachte Bewegungseinschränkung und die belastungsbhängigen Schmerzen subjektiv gefärbte Aspekte seien. Nehme man lediglich die objektivierbaren Befunde – welche für sich das Ausmass der Beschwerden nicht erklären könnten – als Grundlage, würde keine Arbeitsunfähigkeit bestehen (vgl. E. 4.3). Im BEGAZ-Gutachten wurde festgehalten, dass die aktuell erhobenen objektiven orthopädischen Befunde nicht das von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ attestierte Ausmass hätten. So sei im Bereich der linken Hüfte im September 2012 eine Coxarthrose beschrieben worden, anlässlich der gegenwärtigen Untersuchungen hätte sich nur eine endgradig eingeschränkte und nur gering schmerzhaftige Beweglichkeit der linken Hüfte finden lassen. Am rechten Knie sei mehrfach eine Varusgonarthrose beschrieben worden, klinisch habe sich aber eher eine leichte Valgusfehlstellung bei einwandfreier Funktion des rechten Kniegelenks finden lassen, der bildgebende Befund habe nur geringe degenerative Veränderungen ergeben (UV-act. 180, S. 38). Die Beschwerdeführerin stützt sich in ihrer Kritik am Gutachten einzig darauf, dass sogar die Suva das BEGAZ-Gutachten angezweifelt habe. Wie bereits vorgängig ausgeführt (vgl. E. 4.5), beziehen sich die Aussagen der Suva lediglich auf die Kausalitäts- und nicht auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Die Frage der Kausalität wurde bereits vorgängig ausführlich behandelt (vgl. E. 2 und 3), bezüglich der Frage der Arbeitsfähigkeit liegen jedoch keine überzeugenden Anhaltspunkte vor, die das BEGAZ-Gutachten in Frage stellen könnten. Vorliegend ist somit von einer Arbeitsfähigkeit von 90% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

5.

5.1 Das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin basierend auf dem Jahresverdienst im Jahr 2011 bei den beiden Arbeitgebern der Beschwerdeführerin, hochgerechnet auf ein Pensum von 100% und angepasst an die Teuerung bis 2013, berechnet und damit ein Valideneinkommen von Fr. 46'575.-- ermittelt (UV-act. 176, S. 5).



5.2 Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass sie vor dem Unfall in einer Tieflohnbranche gearbeitet habe und sie niemals freiwillig auf einen höheren Lohn verzichtet habe, sondern als Ausländerin ohne Deutschkenntnisse und ohne Ausbildung die Anstellungsbedingungen so habe akzeptieren müssen. Es seien deshalb beim Validen- wie auch Invalidenlohn auf denselben Wert abzustellen (act. G 1, S. 16).

5.3 Entgegen diesem Vorbringen der Beschwerdeführerin stellt sich infolge Minderverdienstes die Frage nach einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen. Damit soll sichergestellt werden, dass die beiden Vergleichseinkommen auf gleichen Grundlagen ermittelt werden. Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässig) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte. Stellt man auf ein Valideneinkommen ab, das aus den genannten Gründen deutlich unter den branchenüblichen Ansätzen lag, dann dürfen deshalb diese invaliditätsfremden Faktoren auch bei der Festlegung des zumutbaren Invalidenlohnes nicht ausser Acht gelassen werden. Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide realistischlicherweise nicht den Tabellenlohn erzielen kann, weshalb ein entsprechend tieferes Invalideneinkommen anzunehmen ist. Es ist auch zulässig, das Valideneinkommen aufzurechnen, anstatt das Invalideneinkommen zu reduzieren (BGE 135 V 58 E. 3.4.3 mit Hinweisen).

5.4 Es ist der von der versicherten Person vor Eintritt des Versicherungsfalls erzielte Verdienst mit den branchenüblichen Löhnen zu vergleichen (vgl. BGE 135 V 297), bevor zur genauen Bestimmung des Invaliditätsgrades der Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG durchgeführt werden kann. Die Beschwerdeführerin arbeitete vor dem Unfall als Raumpflegerin. Reinigungspersonal und Hilfskräfte werden in der Tabelle T17 der LSE 2012 unter Ziffer 91 und somit unter der Berufshauptgruppe 9 aufgeführt, welche dem Kompetenzniveau 1 entspricht. Da Reinigungspersonal in sämtlichen Sektoren gebraucht wird, ist als Referenzeinkommen der Wert der Tabelle TA1, Total,



Kompetenzniveau 1, Frauen von Fr. 4'112.-- heranzuziehen. Aufgerechnet auf einen Jahreslohn und angepasst an die branchenübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 51'441.-- (Fr. 4'112.-- / 40 x 41.7 x 12).

5.5 Beim Valideneinkommen muss die Anpassung an die Teuerung für das Jahr 2013 nicht vorgenommen werden, wenn es mit dem Tabellenlohn für das Jahr 2012 verglichen wird. Somit ergibt sich bei einem Valideneinkommen Fr. 46'068.-- (Basis 2012, vgl. act. 176, S. 5) ein Minderverdienst von 10.44% ( $[(Fr. 51'441.-- - Fr. 46'068.--) / Fr. 51'441.--]$ ). Somit ist die Erheblichkeitsgrenze von 5% gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 135 V 297) überschritten. Demgemäss ist das Valideneinkommen vorliegend um 5.44% auf Fr. 48'574.-- heraufzusetzen.

6.

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen basierend auf der LSE Tabelle 2010 TA1, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4 bestimmt. Dies ist an sich nicht zu beanstanden, jedoch ist, da vorgängig bei der Bestimmung des Valideneinkommens und der Parallelisierung bereits auf die LSE 2012 abgestellt wurde, diese aktuellere Version heranzuziehen. Hierbei ist analog die Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 anzuwenden was ein Jahreseinkommen von Fr. 51'441.-- (vgl. E. 5.3) ergibt. Auf die Berücksichtigung der Teuerung für das Jahr 2013 kann verzichtet werden, da sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen auf Werten des Jahres 2012 basieren.

6.2 Bezüglich des Invalideneinkommens macht die Beschwerdeführerin geltend, dass aufgrund des Alters, der fehlenden Sprachkenntnisse, der fehlenden Bildung, des Ausländerstatus und vor allem aufgrund der leidensbedingten Einschränkungen ein Abzug von 25% vom Tabellenlohn vorzunehmen sei (act. G 1, S. 16).

6.3 Nach der Rechtsprechung hängen die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine



schematische Vornahme des Tabellenlohnabzugs ist nicht zulässig (BGE 126 V 79 E. 5b und 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

6.4 Gemäss dem BEGAZ-Gutachten sind der Beschwerdeführerin keine ausschliesslich gehenden oder stehenden Tätigkeiten zumutbar, auch keine Tätigkeiten mit häufigem in die Hocke Gehen oder Arbeiten in kauernender Stellung. Sie könne auch keine schweren Lasten über 10 kg heben und tragen. Leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, vorwiegend im Sitzen und ohne Anwendung der Gehstützen könnten durchgeführt werden (Suva-act. 189, S. 38, 45, 73 f.). Aufgrund dieser Adaptationskriterien und dem vermehrten Pausenbedarf, welcher bereits bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt wurde, ist bei der Beschwerdeführerin im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern eine verminderte Flexibilität sowohl in zeitlicher Hinsicht (Überstunden) als auch in Bezug auf die Arbeitsplatzgestaltung (kein kurzfristiger Arbeitsplatzwechsel innerhalb des Betriebs welcher die Adaptationskriterien nicht erfüllt) als Konkurrenznachteil zu berücksichtigen, womit ein Abzugsgrund zu bejahen ist.

6.5 Im Zeitpunkt des Einspracheentscheides war die Beschwerdeführerin 59 Jahre alt. Dieses fortgeschrittene Alter wirkt sich aufgrund der höheren Lohnnebenkosten und der kürzeren Aktivitätsdauer abzugserhöhend aus (BGE 126 V 75 sowie etwa Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2012, 8C\_257/2012 E. 6, und vom 29. November 2012, 9C\_655/2012 E. 3).

6.6 Die fehlenden Sprachkenntnisse, die fehlende Bildung und der Ausländerstatus rechtfertigen vorliegend keinen Abzug, da diese Eigenschaften bei den typischen Hilfsarbeitertätigkeiten häufig vorkommen und deshalb bereits im entsprechenden Tabellenlohn enthalten sind und zudem diese invaliditätsfremden Eigenschaften bereits aufgrund der Parallelisierung berücksichtigt wurden (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2 mit Hinweisen).

6.7 Insgesamt erscheint aufgrund der vorgängigen Ausführungen ein Tabellenlohnabzug von 15% angemessen. Damit resultiert unter Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 90% und des Tabellenlohnabzugs von 15% ein Invalideneinkommen von Fr. 39'352.-- (Fr. 51'441.-- x 0.9 x 0.85).



7.

7.1 Ausgehend von einem Invalideneinkommen von Fr. 39'352.-- und einem Valideneinkommen von Fr. 48'574.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'222.-- und ein Invaliditätsgrad von gerundet 19% (Fr. 9'222.-- / Fr. 48'574.-- x 100). Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente.

7.2 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Juni 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 27. März 2013 eine unbefristete Invalidenrente entsprechend einem 19%igen Invaliditätsgrad zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der unbefristeten Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.3 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.4 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Juni 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 27. März 2013 eine unbefristete Invalidenrente entsprechend einem 19%igen Invaliditätsgrad zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der



unbefristeten Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.