



**Fall-Nr.:** UV 2016/2  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 19.02.2018  
**Entscheiddatum:** 19.02.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.02.2018**

**Art. 16 UVG: Anspruch auf ein Taggeld Art. 18 UVG: Anspruch auf eine Invalidenrente Art. 19 Abs. 1 UVG: Der Eintritt des Zeitpunkts des Fallabschlusses bzw. des Rentenprüfungszeitpunktes muss nicht in jedem Fall mit der Einstellung der Heilbehandlungsleistungen einhergehen. Die BG durfte den Fallabschluss in dem von ihr angenommenen Zeitpunkt vornehmen und den Anspruch auf eine allfällige Invalidenrente prüfen. Art. 6 UVG: Eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Kniegelenks als Unfallrestfolge. Verneinung der Unfallkausalität bezüglich einer subjektiv geklagten neuropathischen Schmerzsymptomatik. Nichtberücksichtigung einer psychischen Gesundheitsschädigung, weil sich keine natürlich kausale psychische Unfallfolge ausmachen lässt. Art. 16 ATSG: Einkommensvergleich; Festlegung des Invalideneinkommens nach LSE 2014, Tabelle TA1, privater Sektor, Total Frauen, Kompetenzniveau 1 bei gelernter Fachangestellter Gesundheit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Februar 2018, UV 2016/2).**

Entscheid vom 19. Februar 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und a.o. Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle  
Frei; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.



UV 2016/2

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergrana,

Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

**Sympany Versicherung AG,** Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war seit 1. April 2011 im Kantonsspital B.\_\_\_\_ als Fachfrau Gesundheit EFZ (nachfolgend: FaGe) angestellt und dadurch bei der Trust Sympany, Sympany Versicherungen AG (nachfolgend: Sympany), Basel, gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 12. Juli 2011 während eines Unihockeytrainings abrupt stoppte und sich das rechte Knie verdrehte (act. 1, 4). Die Erstbehandlung fand gleichentags im Kantonsspital Graubünden statt, wo der untersuchende Arzt eine Kniedistorsion rechts mit Verdacht auf eine laterale Seitenbandläsion feststellte, eine konservative Therapie verordnete und der Versicherten bis 15. Juli 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. 2). Danach folgte eine hausärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über 100% bis 14.



## St.Galler Gerichte

August 2011. Eine zwischenzeitlich am 18. Juli 2011 im Kantonsspital Graubünden durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Knies hatte eine mindestens höchstgradige bis subtotale Ruptur des vorderen Kreuzbandes (nachfolgend: VKB) sowie eine bereits deutliche mucinöse Degeneration des Innenmeniskushorns ohne Nachweis einer darüber hinaus sicher abgrenzbaren Rissmorphologie ergeben (act. 10). Am 15. August 2011 nahm die Versicherte die Arbeit wieder zu 50% auf (act. 3, 5). Eine weitere MRI-Untersuchung in der Radiologie C.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2011 bestätigte die Ruptur des VKB mit typischer Infraktion des Tibiaplateaus posterolateral und des Femurcondylus anterolateral. Es zeigte sich ausserdem ein begleitender Korbhenkelriss des Innenmeniskus sowie eine Zerrung des medialen Seitenbandapparates mit begleitendem Gelenkerguss (act. 11). Die behandelnde Ärztin des Kantonsspitals Graubünden schrieb die Versicherte ab 20. Oktober 2011 zu 100% arbeitsunfähig (act. 9). Am 21. Oktober 2011 wurde bei ihr im Kantonsspital Graubünden arthroskopisch eine Refixation des medialen Meniskus durchgeführt (act. 13 f.). Am 18. Januar 2012 folgte, ebenfalls im Kantonsspital B.\_\_\_\_, eine arthroskopische Kreuzbandoperation mit VKB-Plastik (act. G 18 f.). Die Versicherte war nach wie vor 100% arbeitsunfähig (act. G 18, 20 f.). Postoperativ zeigte sich bei ihr subjektiv ein protrahierter Verlauf, insbesondere mit störenden Giving-way-Zeichen (act. 23 f.). Auf Zuweisung ihres Hausarztes, Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin (act. 26), wurde sie am 9. April 2012 durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt Orthopädie, Spital F.\_\_\_\_, untersucht, der eine Insuffizienz des VKB-Ersatzes Knie rechts Grad II bei Verdacht auf eine unvollständige Einheilung des refixierten medialen Meniskus und eine Läsion des lateralen Meniskus diagnostizierte und eine neue MRI-Untersuchung empfahl (act. 27). Diese wurde am 13. April 2012 in der Radiologie C.\_\_\_\_ durchgeführt (act. 28 f.). Dr. D.\_\_\_\_ bescheinigte der Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. 31). Am 20. April 2012 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ arthroskopisch eine unvollständige Einheilung des refixierten medialen Meniskus Knie rechts, einen Längsriss am Hinterhorn des lateralen Meniskus sowie einen Zyklus am VKB-Ersatz. Er führte zugleich eine Teilmeniskektomie medial und lateral sowie ein Debridement am tibialen VKB-Ansatz und Notch durch (act. 32 f.). Am 9. Mai 2012 beurteilte der beratende Arzt der Sympany, Dr. med. G.\_\_\_\_, die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit per sofort zu 100% arbeitsfähig, im Pflegeberuf hingegen bei gutem Verlauf frühestens im Juli 2012 (act. 34). Nachdem die Versicherte der Sympany ebenfalls am



9. Mai 2012 mitgeteilt hatte, dass es ihr immer besser gehe (act. 35, vgl. auch act. 36), berichtete sie am 21. Juni 2012 über eine Zustandsverschlechterung mit wiederholtem Einknicken sowie immer stärkeren Schmerzen (act. 38). Auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ war am 14. Juni 2012 eine weitere MRI-Untersuchung in der Radiologie C.\_\_\_\_ durchgeführt worden (act. 39 f.). Am 25. Juli 2012 liess sich die Versicherte durch Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie, untersuchen, der sie einer konsiliarischen Untersuchung durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie spez. Unfallchirurgie, Klinik J.\_\_\_\_, zuwies (act. 44, 48). Dr. I.\_\_\_\_ sah die Versicherte am 2. August 2012 (act. 51). Am 22. August 2012 führte Dr. H.\_\_\_\_ bei der Versicherten eine Arthroskopie durch, wobei er bei der Diagnose einer Knieinstabilität mit rezidivierenden Giving-ways das laxe VKB entfernte und eine Spongiosaplastik durchführte. Die Versicherte wurde weiterhin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (act. 52 ff., 55 f.). Am 14. November 2012 ersuchte Dr. H.\_\_\_\_ Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Anästhesie, um Vorschläge für die weitere Vorgehensweise (act. 59, vgl. act. 60). Zuvor hatte er die Versicherte für eine weitere MRI-Untersuchung der Radiologie C.\_\_\_\_ zugewiesen, welche, durchgeführt am 6. November 2012, eine Unterflächenläsion von der Pars intermedia bis zum Hinterhorn des medialen Meniskus und einen kleinen schräg verlaufenden radiären Einriss an der Pars intermedia am Übergang zum Hinterhorn des lateralen Meniskus gezeigt, jedoch keine Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen, eine aseptische Knochennekrose oder einen Gelenkerguss ergeben hatte. Auch die übrigen Binnenstrukturen waren normal gewesen (act. 63). Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Versicherten von 100% wurde verlängert (act. 66). Mit Bericht vom 3. Januar 2013 ersuchte Dr. H.\_\_\_\_ zudem Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, die Versicherte zu untersuchen (act. 69), wobei er die Diagnose stark persistierender Knieschmerzen rechts im Sinne eines neuropathischen Schmerzsyndroms anführte und ein Hyperflexionstrauma mit massivsten einschliessenden und elektrisierenden Schmerzen bis in den Kopf im Oktober 2012 in der Schiene (Knieorthese, vgl. act. 74, 81) in Folge eines Sturzes erwähnte. Seither sei eine Verschlimmerung des Zustandes mit zunehmenden Schmerzen und einer Beweglichkeitsverschlechterung im rechten Knie eingetreten (act. 69). Die Untersuchung durch Dr. L.\_\_\_\_ fand am 8. Januar 2013 statt (act. 70). Auf dessen Vorschlag hielt sich die Versicherte vom 4. Februar bis 9. März 2013 zur stationären Rehabilitation in der Klinik Valens auf (act. 81). Danach wurde ihr eine 100%-ige



Arbeitsunfähigkeit mit therapeutischem Arbeitsversuch ab April 2013 (vgl. act. 75, 79) und unter ärztlicher Kontrolle bescheinigt (act. 77, vgl. auch act. 82, 85). In der Folge liess sich die Versicherte wiederholt wegen Schmerzen behandeln (vom 21. bis 30. Mai 2013 in der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spitals F.\_\_\_\_ [act. 89 ff.]; vom 3. bis 10. Juni 2013 durch Dr. K.\_\_\_\_ [act. 93]; vom 5. bis 15. November 2013 in den interdisziplinären Diensten, Palliativzentrum, des Spitals M.\_\_\_\_ [act. 102] und anschliessend durch Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberärztin, Schmerzzentrum des KSSG [act. 110]). Die Versicherte wurde nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (act. 89 ff., 94, 97 f., 104 f., 107 f.).

A.b Nachdem Dr. H.\_\_\_\_ gegenüber der Sympany mit Bericht vom 3. März 2014 zu verschiedenen Fragen Stellung genommen (act. 109) und Dr. N.\_\_\_\_ am 15. Januar 2014 einen Verlaufsbericht abgegeben hatte (act. 110), legte die Sympany den Schadenfall Dr. G.\_\_\_\_ vor. Dieser bestätigte in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit, hingegen müsste durch eine polydisziplinäre Begutachtung die Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit geprüft werden, welche nicht 0% betrage (act. 112).

A.c Die Sympany beauftragte Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Vertrauensärztin SGV, Zertifizierte Medizinische Gutachterin SIM, Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Neurologie, beide ebenfalls Zertifizierte Medizinische Gutachter SIM und Dr. P.\_\_\_\_ auch Vertrauensarzt SGV, mit einer polydisziplinären (orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen) Begutachtung, unter anderem zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten (act. 115). Die Schlussfolgerungen der beteiligten Fachärzte wurden im Rahmen einer interdisziplinären Konsensbeurteilung am 27. Oktober 2014 erarbeitet (act. 122). Die Gutachter kamen unter anderem zum Schluss, dass sich der ausschliesslich die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden durch die eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Kniegelenks bei Status nach VKB-Ruptur bzw. -Plastik und ausgeprägter muskulärer sowie koordinativer Insuffizienz formulieren lasse. Für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als FaGe lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr attestieren. In einer optimal dem Leiden angepassten, sehr leichten bis leichten, primär im Sitzen auszuübenden Tätigkeit sei aus interdisziplinärer versicherungsmedizinischer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100% zu attestieren. Betreffend weitere



Heilbehandlungen wurde aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht eine intensive, aktive und nachhaltige Physiotherapie zur muskulären Rekonditionierung mit begleitendem Koordinationstraining empfohlen. Von einem operativen Vorgehen mit erneuter VKB-Plastik wurde abgeraten. Eine psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung wurde als diskutierbar bezeichnet, wenngleich festgestellt wurde, dass aktuell keine erhebliche (objektive) Psychopathologie und keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (Versicherungsmedizinisches Gutachten: act. 122 Teil I S. 79; Versicherungsmedizinische Konsensbeurteilung: act. 122 Teil IV S. 2 f.).

A.d Basierend auf der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung gewährte die Sympany der Versicherten mit Schreiben vom 17. Februar 2015 das rechtliche Gehör für einen Verfügungsentwurf, worin sie die Einstellung der Taggeldleistungen per 1. März 2015 sowie - bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 0.6 % - die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht stellte. Hinsichtlich des Anspruchs auf weitere Heilbehandlungsleistungen verwies sie auf die gutachterlich als indiziert bezeichneten therapeutischen Massnahmen und legte eine nochmalige Prüfung eines Anspruchs auf Heilbehandlungen im Herbst 2015 fest. Es wurde ausserdem erklärt, dass die Integritätsentschädigung im jetzigen Zeitpunkt noch nicht festgelegt werden könne. Zur Beurteilung des Erreichens des Endzustandes sei nach konsequentem Umsetzen der therapeutischen Massnahmen eine Reevaluation nach ca. einem Jahr zu empfehlen. Auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung werde im Herbst 2015 nochmals genau geprüft. Die zur Diskussion stehenden psychischen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt, weshalb für diese Beschwerden keine Leistungen erbracht werden könnten (act. 124). Die Versicherte nahm mit Schreiben vom 27. Februar 2015 zum Verfügungsentwurf Stellung (act. 125) und legte eine Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2015 bei (act. 127).

A.e Mit Verfügung vom 10. März 2015 entschied die Sympany im Sinne des Verfügungsentwurfs vom 17. Februar 2015 (act. 128).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Mit Schreiben vom 16. März 2015 erhob Dr. H.\_\_\_\_ gegen die Verfügung vom 10. März 2015 Einsprache. Er erklärte, dass die Versicherte zum jetzigen Zeitpunkt auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei (act. 133). Nachdem die Sympany Dr. H.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 19. März 2015 darauf hingewiesen hatte, dass die Versicherte die Möglichkeit habe, gegen die Verfügung vom 10. März 2015 Einsprache zu erheben, sofern sie mit dieser nicht einverstanden sei (act. 134), erhob die Versicherte selbst mit Eingabe vom 26. März 2015 Einsprache. Auch sie erklärte sich mit der Annahme einer zumutbaren 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer den Unfallfolgen angepassten Tätigkeit nicht einverstanden (act. 135).

B.b Mit Schreiben vom 20. August 2015 stellte die Sympany Dr. H.\_\_\_\_ einen Fragenkatalog zu, welchen dieser am 31. August und 2. November 2015 beantwortete (act. 142, 144). Am 18. November 2015 nahm sodann Dr. G.\_\_\_\_ zu den Fragen eines Anspruchs auf weitere Heilbehandlungen, des Erreichens des Endzustands sowie des Bestehens eines Integritätsschadens Stellung (act. 145).

B.c Mit E-Mail vom 2. Dezember 2015 verwies die Sympany die Versicherte auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht und ersuchte sie, die gutachterlich empfohlenen Therapiemassnahmen mit ihrem Arzt zu besprechen und umgehend wahrzunehmen (act. 146).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015 wies die Sympany die Einsprache der Versicherten ab und bestätigte ihre Verfügung vom 10. März 2015 (act. 147).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit einer von Dr. H.\_\_\_\_ verfassten Eingabe vom 30. Dezember 2015 Beschwerde mit den sinngemässen Anträgen, es seien weitere Physiotherapiekosten und allfällige weitere Heilbehandlungskosten zu übernehmen, es sei ein weiteres Gutachten bezüglich Arbeitsfähigkeit zu veranlassen und gestützt darauf der Rentenanspruch nochmals zu prüfen (act. G 1).



## St.Galler Gerichte

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2016 beantragte die Sympany (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde, die Bestätigung des Einspracheentscheids sowie die Abweisung des Begehrens um erneute medizinische Abklärungen und Gutachten (act. G 7).

C.c Mit Schreiben vom 17. Mai 2016 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung (act. G 9), welches ihr das Versicherungsgericht mit Schreiben vom 8. Juni 2016 bewilligte (act. G 14).

C.d Mit Replik vom 26. August 2016 stellte die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedernana, folgende Rechtsbegehren: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2015 betreffend Leistungen der Unfallversicherung sei aufzuheben, eventualiter an die Vorinstanz zurückzuweisen. Es sei ein gerichtliches Gutachten anzufertigen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten zur Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu erstellen und gestützt darauf eine Rente zu sprechen. Im Übrigen werde an den Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeschrift festgehalten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 20). Der Replik wurden insbesondere ein Kurzbericht der behandelnden Physiotherapeutin vom 26. August 2016 (act. G 20.1), eine Überweisung der Beschwerdeführerin von Dr. H.\_\_\_\_ an Dr. med. R.\_\_\_\_, Chefarzt Kniechirurgie, Klinik S.\_\_\_\_, vom 4. Juni 2016 (act. G 20.2), ein Gesuch von Dr. H.\_\_\_\_ an die Sympany vom 17. Juni 2016 um Kostengutsprache für das orthopädische Konsilium in der Schulthessklinik (act. G 20.4) sowie die Ablehnung einer Kostengutsprache vom 5. Juli 2016 durch die Sympany beigelegt (act. G 20.3).

C.e Mit Schreiben vom 7. September 2016 erteilte die Beschwerdegegnerin nach nochmaliger Prüfung Kostengutsprache für ein ambulantes orthopädisches Konsilium bei Dr. R.\_\_\_\_ (act. G 23.1).

C.f Mit Duplik vom 27. September 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an der Beschwerdeabweisung fest (act. G 23).

C.g Mit Schreiben vom 11. Dezember 2017 ersuchte das Versicherungsgericht den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin um Einreichung des Ergebnisses des Konsiliums bei Dr. R.\_\_\_\_ und räumte ihm die Gelegenheit ein, zu diesem Stellung zu



## St.Galler Gerichte

nehmen (act. G 25). Am 19. Dezember 2017 wurde der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, sich auch zur Frage der Arbeitsfähigkeit bzw. zum Rentenanspruch nochmals äussern zu können (act. 26).

C.h Mit Schreiben vom 10. Januar 2018 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Operationsbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2017 über eine am 7. Dezember 2017 bei der Beschwerdeführerin durchgeführte Kreuzbandoperation mit vorderer Kreuzbandplastik all inside mit Fremdtransplantat ein (act. G 27.1). Mit Schreiben vom 29. Januar 2018 nahm die Beschwerdegegnerin zu den neu eingereichten Akten Stellung und hielt an den bisherigen Eingaben fest (act. G 29).

## Erwägungen

1.

Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015 (act. 147), dem die Verfügung vom 10. März 2015 (act. 128) zu Grunde liegt. In dieser verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf weitere Taggelder sowie - mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades - den Anspruch auf Rentenleistungen ab 1. März 2015, bejahte demgegenüber weiterhin einen Anspruch auf Heilbehandlungsleistungen und kündigte die nochmalige Prüfung eines Anspruchs auf weitere Heilbehandlungsleistungen sowie eines solchen auf eine Integritätsentschädigung im Herbst 2015 an. Schliesslich verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Versicherungsleistungen bezüglich psychischer Beschwerden. Die Fragen der Einstellung von Heilbehandlungsleistungen sowie der Integritätsentschädigung bildeten mithin nicht Streitgegenstand der Verfügung vom 10. März 2015 und sind daher auch in diesem Verfahren nicht zu prüfen. Auf den Beschwerdeantrag, es seien weitere Physiotherapiekosten und allfällige weitere Heilbehandlungskosten zu übernehmen, kann damit nicht eingetreten werden.

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 Abs. 1 der 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, nachdem ein Unfallereignis aus dem Jahr 2011 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist und damit in Bezug auf die Unfallrestfolgen ein medizinischer Endzustand vorliegt, ist der sog. "Fallabschluss" vorzunehmen; Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 114 E. 4.1). Die namhafte Verbesserung bezieht sich in erster Linie auf die Besserung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 115 E. 4.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit oder nach einer langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit (mehr als sechs Monate; vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 6 N 74) in einer anderen zumutbaren Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, so wird der Fall in der Regel abzuschliessen sein, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2009, 8C\_432/2009, E. 5.1;



ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 101).

3.2 Die Einstellung der Taggeldleistungen bzw. der diesbezügliche Eintritt des Zeitpunktes des Fallabschlusses muss allerdings nicht in jedem Fall mit der Einstellung der Heilbehandlungsleistungen einhergehen. Allein mit Blick auf eine adaptierte Tätigkeit und die diesbezügliche 100%ige Arbeitsfähigkeit mag es zwar zutreffen, dass eine namhafte Besserung durch eine weitere Heilbehandlung ausser Betracht fällt. Letztlich vermag jedoch die Arbeitsfähigkeit nur eine, wenn auch massgebende, beispielhafte Bezugsgrösse darzustellen. Sie ist insbesondere von Bedeutung, wenn und solange sie im konkreten Fall als Massstab für eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes überhaupt tauglich ist. Dies ist insbesondere dort nicht der Fall, wo ein unfallbedingter Gesundheitsschaden zu einer Funktionseinbusse führt, die für den Beruf der versicherten Person nicht von Relevanz ist und daher von vornherein nicht oder kaum zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 8C\_354/2014, E. 3.2 am Schluss). In diesen Fällen ist die Frage nach der zu erwartenden namhaften Besserung des Gesundheitszustandes umfassend, d.h. auch anhand der im Alltag zu erwartenden Steigerung der Funktionsfähigkeit, zu beantworten.

3.3 Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ stellten sich übereinstimmend auf den Standpunkt, dass bei Durchführung einer intensiven, aktiven und nachhaltigen Physiotherapie zur muskulären Rekonditionierung insbesondere im Bereich der rechten unteren Extremität mit begleitendem Koordinationstraining von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen sei (act. 122 Teil I S. 78; act. 145). Ausserdem erachtete Dr. O.\_\_\_\_ nach entsprechender muskulärer Rekonditionierung eine erneute Beurteilung des Integritätsschadens für indiziert (act. 122 Teil I S. 79). Dr. H.\_\_\_\_ bezeichnete die Frage des Vorliegens eines Endzustandes bezüglich weiterer Heilbehandlungen ebenfalls als offen, auch wenn er darauf hinwies, dass die aktive Physiotherapie bis anhin zu einer Verschlechterung geführt habe und (nur) die Durchführung einer Osteopathie empfiehlt, von welcher er sich eine leichte Besserung, v.a. Verbesserung der Beweglichkeit und auch Verringerung der Schmerzen, erhoffe (act. 144, 148). Wie bereits erwähnt, stellte die



Beschwerdegegnerin vor diesem Hintergrund die Heilbehandlungsleistungen vorerst noch nicht ein. Im Sinn der Erwägung 3.1 hielt Dr. O.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten allerdings fest, es sei hinsichtlich der empfohlenen therapeutischen Bemühungen ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin bereits aktuell aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht in einer optimal ihrem Leiden angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Die postulierte zu erreichende namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands beziehe sich auf eine Verbesserung der Kniegelenksbeweglichkeit sowie der Koordination und Stabilisation im Bereich des rechten Kniegelenks unter Durchführung der Physiotherapie und somit dem Erreichen einer Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden nicht mehr optimal angepassten Tätigkeit (act. 122 Teil I S. 78). Wie die nachfolgenden Erwägungen bezüglich eines allfälligen Rentenanspruchs zeigen werden, ist bei der Beschwerdeführerin per 1. März 2015 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (vgl. Erwägung 6.3.2). Die Beschwerdegegnerin durfte insofern im vorgenannten Zeitpunkt den Fallabschluss vornehmen und den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine allfällige Invalidenrente prüfen.

3.4 Laut Akten liefen bei Fallabschluss keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (vgl. act. 151). Auch über allfällige spätere Eingliederungsmassnahmen ist bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015, der die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. BGE 129 V 169 E. 1), nichts bekannt. Die Beschwerdegegnerin musste einen allfälligen Entscheid der Invalidenversicherung über eventuelle Eingliederungsmassnahmen nicht abwarten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 8C\_306/09, E. 4.3).

4.

4.1 Angesichts der in Erwägung 3.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung, also auch für eine Invalidenrente. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.). Vorab ist



mithin zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin als unfallkausal zu beurteilen und damit für die Festlegung eines Rentenanspruchs relevant sind.

4.2 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C\_331/2015, E. 2.2.3.1). 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

4.3 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht stets in Frage gestellt werden kann und kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, nur weil die behandelnden Ärzte und Ärztinnen zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich lediglich, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat sich hinsichtlich Festlegung der natürlich kausalen Unfallrestfolgen auf die gutachterliche Konsensbeurteilung von Dr. O.\_\_\_\_, Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2014 (act. 122 Teil IV) und deren Teilgutachten vom 25., 28. bzw. 29. Oktober 2014 (act. 122 Teil I [Versicherungsmedizinisches Gutachten], II, III) gestützt, während sich die Beschwerdeführerin auf die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ beruft. Bezüglich des interdisziplinären Gutachtens ist vorweg zu nehmen, dass das versicherungsmedizinische Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ eine detaillierte und vollständige



und das neurologische sowie psychiatrische Teilgutachten von Dr. Q.\_\_\_\_ bzw. Dr. P.\_\_\_\_ eine fachspezifische Wiedergabe der massgebenden Vorakten enthält und deren jeweilige Beurteilungen gestützt auf eigene Untersuchungen ergangen sind. Die medizinische Situation wird in umfassenden und ausführlichen Darlegungen beurteilt, d.h. die gutachterlichen Schlussfolgerungen bezüglich der im konkreten Fall massgebenden medizinischen Fragen sind sorgfältig begründet. Es wurden insbesondere die Ansichten von Dr. H.\_\_\_\_ verwertet und diskutiert. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt und gewürdigt. Insofern genügt das Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) und es kann grundsätzlich auf die darin gemachten Feststellungen abgestellt werden. Nachfolgend gilt es mithin zu prüfen, ob objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorliegen, welche geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen.

5.

5.1 Anlässlich des Unfallereignisses vom 12. Juli 2011 erlitt die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen strukturelle Verletzungen im Bereich des rechten Knies in Form einer Ruptur des VKB und eines begleitenden Korbhenkelrisses des Innenmeniskus (act. 11, 13), worauf bei ihr zunächst im Kantonsspital Chur am 21. Oktober 2011 arthroskopisch eine Refixation des medialen Meniskus mit Meniskusnaht vorgenommen wurde (act. 13 f.). Am 18. Januar 2012 folgte - ebenfalls im Kantonsspital Chur - eine arthroskopisch assistierte VKB-Plastik mittels ipsilateraler Semitendinosussehne (act. 18 f.). Im Verlauf beschrieb die Beschwerdeführerin wiederholt störende Instabilitäten bzw. Giving-way-Zeichen (act. 23 f., 27). Eine MRI-Untersuchung in der Radiologie C.\_\_\_\_ vom 13. April 2012 brachte eine fortbestehende Rissbildung des medialen Meniskus sowie einen Zustand nach VKB-Plastik mit allenfalls angedeuteter Elongation der Bandstrukturen zum Vorschein (act. 28 f.). Am 20. April 2012 führte Dr. E.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin arthroskopisch eine Teilmeniskektomie medial und lateral am rechten Kniegelenk durch. Das VKB präsentierte sich ihm völlig stabil geführt, weshalb er einen erneuten VKB-Ersatz nicht als indiziert erachtete (act. 32 f., 39). Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich weiterhin rezidivierende Instabilitäten im rechten Knie. Dieses knicke dauernd weg (act. 43 f., 48). Anlässlich einer erneuten MRI-Untersuchung vom 14. Juni 2012 in der Radiologie C.\_\_\_\_



wurden eine komplexe Läsion am residuellen Hinterhorn des medialen Meniskus sowie ein kleiner vertikaler Einriss am Übergang vom Hinterhorn zur Pars intermedia lateral festgestellt (act. 46). Dr. I.\_\_\_\_ erhob anlässlich einer klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 2. August 2012 eine vordere Instabilität mit einer deutlich vermehrten sagittalen Translation im Vergleich zur Gegenseite, welche die subjektiv störende Instabilitätssymptomatik erkläre. Es bestehe zudem auch ein eindrückliches Pivot Shift-Zeichen (act. 51). Auch Dr. H.\_\_\_\_ stellte in einem ärztlichen Zwischenzeugnis sowie einem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 12. bzw. 16. August 2012 bei den Befunden eines Lachmanns rechts 2+ (Rolimeter 8 mm) sowie eines positiven Pivotshiftings die Diagnose einer symphtho-matischen vorderen Knieinstabilität rechts (act. 44, 48). Am 22. August 2012 entfernte Dr. H.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin arthroskopisch die Sturzinterferenzschraube und das laxe VKB. Der Bohrkanaal femoral und tibial wurde mit Spongiosa gefüllt (act. 52 f.). Eine weitere MRI-Untersuchung vom 6. November 2012 bestätigte die am 14. Juni 2012 erhobenen Meniskusläsionen. Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen konnten keine gefunden werden (act. 63). Die Beschwerdeführerin benutzte zur Stabilisierung des rechten Knies eine Knieorthese (act. 74). Sowohl Dr. H.\_\_\_\_ als auch Dr. L.\_\_\_\_ hielten in ihren Berichten vom 26. August 2012 sowie vom 3. und 10. Januar 2013 bezüglich der Muskulatur des rechten Beins der Beschwerdeführerin eine Atrophie fest (act. 53, 69 f.). Auch Dr. O.\_\_\_\_ stellte laut ihrem versicherungsmedizinischen Gutachten vom 25. Oktober 2014 bei der seitengleichen Umfangmessung beider unteren Extremitäten eine deutliche Seitendifferenz zu Ungunsten von rechts fest, welche sie als reine Inaktivitätsatrophie beurteilte, welche wiederholt seit dem Jahr 2012 beschrieben werde ("muskuläre und koordinative Insuffizienz"). So habe insbesondere auch Dr. H.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass er zum damaligen Zeitpunkt klinisch ein "suffizient stabiles" VKB habe objektivieren können und von einem erneuten Kreuzbandersatz abgeraten habe. Er habe ausdrücklich betont, das Hauptproblem liege seiner Ansicht nach in einer mangelnden muskulären Kraft und Koordination. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe "absolut keinen Halt", wenn sie die Kniegelenksorthese ablege, "dann schifft das Bein weg". Dies sei insofern objektiv nachvollziehbar, als das VKB am 22. August 2012 entfernt worden sei. Somit fehle ein wesentlicher Stabilisator gegen eine anteriore Translation und Innenrotation der Tibia gegenüber des Femurs und auch die Roll-Gleit-Bewegung des



Kniegelenks sei negativ beeinflusst. Es sei also bei der Beschwerdeführerin nicht nur der Bandapparat des Kniegelenks mit nachfolgender Instabilität geschwächt, sondern es bestünden auch erhebliche Defizite in der muskulären Führung, sodass gesamthaft das von der Beschwerdeführerin angegebene Giving-way-Phänomen (Weggleiten bzw. Wegknicken des Kniegelenks schon bei geringfügiger, normaler Belastung) nachvollziehbar sei. Um dies zu vermeiden, trage die Beschwerdeführerin - gemäss eigenen Angaben konsequent - eine Kniegelenksorthese (act. 122 S. 59 f.). Nachvollziehbar und mit den weiteren ärztlichen Beurteilungen übereinstimmend resultierte daraus für Dr. O.\_\_\_\_ als konkrete Unfallrestfolge eine eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Kniegelenks (act. 122 S. 66), was auch von der Beschwerdegegnerin anerkannt wird.

5.2 An dieser Stelle ist anzufügen, dass bei der Beschwerdegegnerin entsprechend den Ausführungen in Erwägung 5.1, d.h. bei der Diagnose einer ausgeprägten Instabilität des VKB am rechten Knie, am 7. Dezember 2017 durch Dr. H.\_\_\_\_ eine vordere Kreuzbandplastik mit Fremdtransplantat durchgeführt worden ist (act. G 27.1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin schildert in seinem Schreiben vom 10. Januar 2018 bereits eine dadurch erzielte Beweglichkeitsverbesserung des Knies und die Fähigkeit, ohne Stöcke gehen zu können. Es könne jedoch auch noch abgewartet werden, ob sich die Situation in den nächsten drei Monaten weiter verbessere (act. G 27). Wie bereits erwähnt bildet der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015 die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1). Vor dem Hintergrund der durchgeführten Operation und der offensichtlichen Erwartung einer dadurch zu erzielenden Beschwerdeverbesserung würden sich jedoch bei Berücksichtigung des nachträglich eingereichten Operationsberichts ohnehin hinsichtlich der Kausalitätsfrage im Vergleich zur Beurteilung in Erwägung 5.1 höchstens eine Beurteilung zulasten der Beschwerdeführerin und - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - bezüglich eines Rentenanspruchs kein anderes Resultat ergeben.

5.3

5.3.1 Laut medizinischen Akten liegt bei der Beschwerdeführerin ausserdem eine neuropathische Schmerzproblematik mit Bewegungseinschränkung vor, welche



erstmals von Dr. H.\_\_\_\_ in einem ärztlichen Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 2012 diagnostiziert wurde (act. 68). Laut Überweisungsbericht von Dr. H.\_\_\_\_ an Dr. L.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2013 stürzte die Beschwerdeführerin im Oktober 2012 in der Schiene, wobei sie ein Hyperflexionstrauma mit massivsten einschiessenden und elektrisierenden Schmerzen bis in den Kopf erlitten habe. Seither bestehe eine Verschlimmerung des Zustandes mit zunehmenden Schmerzen und einer sich verschlechternden Beweglichkeit des rechten Knies. Dr. H.\_\_\_\_ hielt als Befunde ein sehr empfindliches Knie rechts, empfindliche, praktisch unberührbare Narben sowie eine Beweglichkeit am 20. Dezember 2012 mit einer Flexion/Extension von 55/0/0° und eine Hypersensibilität im lateralen Kniegelenksbereich fest (act. 69). Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. L.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2013 demonstrierte die Beschwerdeführerin eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kniegelenks mit einer Flexion/Extension von 40/0/0°. Auch Dr. L.\_\_\_\_ stellte im Untersuchungsbericht vom 10. Januar 2013 eine Hyperästhesie im gesamten Kniebereich, v.a. über der Narbe fest (act. 70). Laut Austrittsberichten der Klinik Valens sowie der Ärzte der Interdisziplinären medizinischen Dienste und des Palliativzentrums des Spitals M.\_\_\_\_ vom 28. März bzw. 19. November 2013 litt die Beschwerdeführerin sodann infolge der Schmerzen und Allodynie im rechten Knie unter einer Ein- und Durchschlafproblematik (act. 81, 102, vgl. auch act. 109). Dr. H.\_\_\_\_ beschrieb ausserdem in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 3. März 2014, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen unter Konzentrationsstörungen, einer raschen Ermüdbarkeit und Reizbarkeit leide (act. 109).

5.3.2 Schmerzen sind primär ein subjektives Phänomen. In Anbetracht der sich diesbezüglich naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Annahme struktureller Unfallrestfolgen nicht; vielmehr wird im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend mit einer objektiv nachweisbaren Organpathologie erklärbar bzw. objektivierbar sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 2. Dezember 2001, I 53/02, E. 2.2, mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 9. Oktober 2001, I 383/00, E. 2b). Die Gutachter äussern sich im versicherungsmedizinischen Gutachten bzw. den Teilgutachten ausführlich und



umfassend zur Frage, inwiefern hinsichtlich der neuropathischen Komponente bzw. der Schmerzproblematik und den damit zusammenhängenden Beschwerden - der Beweglichkeitseinschränkung sowie den Schlaf- und Konzentrationsstörungen - von objektivierbaren, überwiegend wahrscheinlich natürlich kausalen Unfallrestfolgen ausgegangen werden könne.

5.3.3 Neben dem Regelfall einer strukturellen Läsion bzw. schlecht verheilten strukturellen Läsion als objektivierbares Korrelat, gibt es darüber hinaus auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das Complex Regional Pain Syndrome (komplexes regionales Schmerzsyndrom; abgekürzt CRPS; auch Morbus Sudeck genannt), die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). Die Diagnose eines CRPS erfolgt anhand der Budapest-Kriterien, welche aus einer Konsensuskonferenz im Jahr 2006 resultieren (vgl. <https://sbg.crps-netzwerk.org/cms/wp-content/uploads/2016/01/budapest-kriterien-neu.pdf>, abgerufen am 12. Januar 2018). Typischerweise treten die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach einem auslösenden Ereignis - nach der Rechtsprechung wird für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers eine Latenzzeit von sechs bis acht Wochen vorausgesetzt - auf vgl. <http://rheumatologie.universimed.com/artikel/komplexes-regionales-schmerzsyn-drom-typ-1-crps-1>, abgerufen am 12. Januar 2018; Urteil des EVG vom 6. September 2006, U 23/06, E. 2.3 mit Hinweis). Angesichts des vorliegend dysproportional starken und langanhaltenden regionalen Schmerzes im Vergleich zum auslösenden Ereignis zog Dr. O.\_\_\_\_ im versicherungsmedizinischen Gutachten vom 25. Oktober 2014 nachvollziehbar ein CRPS differentialdiagnostisch in Erwägung (act. 122 Teil I S. 57). Sie wies zunächst auf ein Telefongespräch vom 6. November 2012 hin, worin die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin erzählt hatte, es bestehe der Verdacht auf einen Morbus Sudeck (act. 58). Allerdings hatte sie bei einem nächsten Telefongespräch vom 30. November 2012 erklärt, ein Morbus Sudeck habe nicht bestätigt werden können. Den vorliegenden medizinischen Akten entnimmt Dr. O.\_\_\_\_ zutreffend, dass Dr. N.\_\_\_\_ in einem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2014 die Diagnose eines "komplexen chronischen Schmerzsyndroms im Bereich des Knies" gestellt hatte, dies mit der Bitte um Kostengutsprache für eine Hypnosetherapie vom 24. Februar 2014 (act. 111). Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom werde



jedoch auch von ihr nicht postuliert. Dr. O.\_\_\_\_ erhob im Rahmen ihrer Begutachtung seitengleich normale Verhältnisse bezüglich Hautkolorit, Behaarungsmuster, Schweisssekretion und Temperatur. Ebenso wenig nachweisbar waren tropische Störungen oder eine auffällige Schwellung bzw. ein Ödem (act. 122 Teil I S. 46 f.). Vor diesem Hintergrund kam Dr. O.\_\_\_\_ zum überzeugenden Schluss, dass sich weder retrospektiv (basierend auf der Aktenlage) noch im Rahmen der aktuellen Begutachtung ein CRPS bei der Beschwerdeführerin objektivieren lasse. Die Beschwerdeführerin beklagte zwar an sich typisch für ein CRPS stärkste Schmerzen bei Berührung im Rahmen der Sensibilitätsprüfung mit einem Pinsel. Hierbei handelt es sich indessen ausgerechnet um denjenigen Befund, der - anders als die vorgenannten, unauffälligen Befunde - subjektiv beeinflussbar ist. Damit übereinstimmend hatte auch Dr. K.\_\_\_\_ in einem Bericht vom 1. Juli 2013 nur die - nicht objektiv nachweisbaren - subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin eines starken Dauerbrennens im Knie- und Unterschenkelbereich rechts, die Entwicklung einer ausgeprägten Allodynie sowie ein permanentes Kältegefühl festzuhalten vermocht. Eine Schwellung oder Farbveränderung hatte er ausserdem nicht feststellen können (act. 95).

5.3.4 Angesichts der neuropathischen Schmerzsymptomatik umfasste die interdisziplinäre Begutachtung sodann die am 18. August 2014 durch Dr. Q.\_\_\_\_ durchgeführte neurologische Teilbegutachtung betreffend das Vorliegen eines objektivierbaren neurologischen Defizits. Die dabei durchgeführte Elektromyographie-(EMG)-Untersuchung ergab keine Hinweise für eine neurogene oder myopathische Ursache der von Dr. Q.\_\_\_\_ letztlich als Inaktivitätshypotrophie beurteilten Verschmächtigung des Muskelreliefs am rechten Bein. Dr. Q.\_\_\_\_ stellte ausserdem fest, dass sich die Überempfindlichkeit der Knieregion im weiteren Verlauf semizirkulär auf den rechten Unterschenkel ausgedehnt habe; die angegebene, an eine Berührungsalldynie erinnernde Symptomatik jedoch bei der aktuellen neurologischen Untersuchung nicht objektiviert werden können. Die angezeigte Region folge weder einem peripheren Nervenversorgungsgebiet oder Dermatome noch einem zentralen Muster. Gegen ein neurologisches Defizit sprechend, beobachtete Dr. Q.\_\_\_\_ schliesslich ein Gangbild mit ausgeprägter Zirkumduktion, welches bei Inkonstanz und fehlenden klinischen Befunden einer zentralen oder peripher neurogenen Störung als ausgesprochen demonstrativ auf ihn gewirkt habe. Im Ergebnis seiner neurologischen



Begutachtung stellte Dr. Q.\_\_\_\_ mithin nachvollziehbar fest, dass kein unfallkausaler neurologischer Gesundheitsschaden objektivierbar sei (act. 122 Teil II S. 15).

5.3.5 Für Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ sprachen sodann bestimmte Beobachtungen in der Untersuchung sowie andere Hinweise - ohne Verbindung zu einer konkreten Pathologie - gegen eine objektivierbare massive Schmerzproblematik, hingegen laut Dr. O.\_\_\_\_ für das Imponieren einer erheblichen Selbstlimitation und Inkonsistenz (act. 122 Teil I S. 44, 47, 54; act. 122 Teil II S. 15). So waren die Gutachter darüber verwundert, dass sich die Beschwerdeführerin trotz der beklagten massiven Überempfindlichkeit das betroffene Bein vollständig und sorgfältig rasiert hatte, andererseits jedoch ein grotesk anmutendes Schmerzgebaren bei der oberflächlichen Hautberührung mit einem Pinsel demonstriert und im Widerspruch zu ihren eigenen Angaben - sie ertrage inzwischen weder enge Hosenbeine noch eine Bettdecke; jede Berührung schmerze (vgl. act. 109) - eng anliegende Jeans getragen habe (act. 122 Teil I S. 54, act. 122 Teil II S. 15). Dr. O.\_\_\_\_ schloss daraus auf das Fehlen eines erhöhten Leidensdrucks, wie er durch eine hochgradige Schmerzintensität (subjektiv bis zu VAS 8/10, vgl. act. 122 Teil I S. 39, act. 70, act. 102 S. 5) objektiv zu erwarten wäre (act. 122 Teil I S. 54). Dasselbe folgerten die Gutachter aus dem Fehlen einer schmerzmodulierenden Medikation (dies auch im Sinne einer Bedarfsmedikation) bzw. einer suffizienten neuropathischen Schmerzmedikation (act. 122 Teil I S. 56 f., act. 122 Teil II S. 15). Zwar gebe die Beschwerdeführerin konform zu den vorliegenden Akten und zur wiederholten Dokumentation der behandelnden Ärzten an, keine der bisher durchgeführten medikamentösen Therapiemassnahmen hätten zu einer anhaltenden Besserung der geklagten Beschwerden geführt (vgl. dazu act. 70 S. 4, act. 84, act. 102 S. 5, act. 122 Teil III S. 17). Dabei stützten sich die behandelnden Ärzte jedoch offensichtlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Dr. O.\_\_\_\_ stellte fest, dass Bestimmungen der Medikamentenspiegel und somit eine Objektivierung, ob die Beschwerdeführerin die schmerzmodulierende Medikation tatsächlich und insbesondere auch in den verordneten Dosierungen eingenommen habe, nicht erfolgt seien (act. 122 Teil I S. 57). Zweifel am Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden hegte Dr. O.\_\_\_\_ zudem aufgrund des Fehlens angemessener Therapiemassnahmen und von Eigenaktivität zur Schmerzlinderung. Im Rahmen der Begutachtung beobachtete sie ausserdem, dass die Beschwerdeführerin unter Angabe einer Schmerzintensität von VAS 5.5/10 während insgesamt zwei Stunden und 30 Minuten



andauernder Anamneseerhebung entspannt auf einem Stuhl gesessen, sehr oft gelächelt und vereinzelt sogar gelacht habe. Deutlich erkennbare Anzeichen von deutlichen Schmerzen hätten nicht objektiviert werden können. So sei insbesondere auch keine Bewegungsunruhe zu erkennen gewesen. Auch die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schlafstörungen, welche mindestens seit dem Aufenthalt in der Klinik Valens im Februar/März 2013 dokumentiert seien (jedoch rein basierend auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und ohne Durchführung schlafmedizinischer Untersuchungen) könnten objektiv nicht nachvollzogen werden. So seien bei ihr während der Begutachtung keinerlei Anzeichen einer vermehrten Müdigkeit (wie mangelnde Konzentration, Nervosität, Gähnen, erhöhte Tagesschläfrigkeit/Sekundenschlaf etc.) zu objektivieren gewesen (act. 122 Teil I S. 54 f.).

5.3.6 Die von Dr. H.\_\_\_\_ zu den Feststellungen von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2015 angeführten Erklärungen vermögen die ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit und die Schmerzen nicht zu objektivieren und damit die Beweiskraft der gutachterlichen Ausführungen nicht zu erschüttern. Laut Dr. H.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin die Enthaarung ihm gegenüber damit erklärt, dass sie wegen der Schmerzen mindestens 30, anstatt 10 Minuten wie auf der anderen Seite benötige. Wegen der chronischen Schmerzen müsse sie ja nicht auch ihre weibliche Würde hergeben. Die engen Jeans habe die Beschwerdeführerin damit begründet, dass die Orthese direkt auf der Haut getragen werde. Sie benötige ein Mehrvolumen, wodurch die Jeans spannen würden. Würde sie keine Orthese tragen, wären die Jeans nicht eng anliegend und würden somit auch keine Schmerzen verursachen. Sie sei jedoch auf die Orthese angewiesen und müsse daher die Schmerzen tolerieren. Bezüglich Medikation hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass die herkömmlichen starken Medikamente nicht oder sehr schlecht wirken würden. Die Beschwerdeführerin verspüre von diesen Medikamenten nur die Nebenwirkungen. Deswegen seien zur analgetischen Therapie durch die Schmerztherapeuten und Anästhesisten in den Spitälern F.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ interventionelle Methoden durchgeführt worden, welche aber auch nicht geholfen hätten. Neuropathische Schmerzen seien extrem schwierig zu behandelnde chronische Schmerzen. Hinsichtlich des von Dr. O.\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung festgestellten Verhaltens, habe die Beschwerdeführerin Dr. H.\_\_\_\_ erklärt, sie habe sich in den zweieinhalb Stunden maximal konzentrieren müssen, habe



sich sehr zusammengenommen und habe alles richtig machen wollen. Sie sei danach total müde und ausgelaugt gewesen (act. G 1; vgl. dazu auch act. 122 Teil III S. 17). Dr. H.\_\_\_\_ zeigt zwar hinsichtlich der in Erwägung 5.3.5 dargelegten Feststellungen von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ Erklärungen für eine gegenteilige Interpretation auf. Doch basieren letztlich auch diese nur auf subjektiven Klagen und Angaben der Beschwerdeführerin, welche Dr. H.\_\_\_\_ - wie von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015 zutreffend festgestellt - nicht mit objektiven Befunden zu belegen vermag.

5.3.7 Dr. O.\_\_\_\_ begründet sodann ausführlich und schlüssig, weshalb sie die von ihr erhobene hochgradige Funktionseinschränkung des rechten Kniegelenks mit aktiv als maximal möglich demonstrierter Extension/Flexion auf 10/0/30° objektiv als nicht nachvollziehbar erachtet (act. 122 Teil I S. 60 ff.). Die Beschwerdeführerin gebe an, dass es nach der Operation vom 22. August 2012 kontinuierlich zu einer deutlichen Besserung der Beweglichkeit bei gleichzeitiger Beschwerderegredienz gekommen sei. Dies jedoch nur bis zum angeblichen Ereignis vom Oktober 2012. Gemäss Aktenlage habe die Beschwerdeführerin am 9. April 2012 das rechte Kniegelenk noch auf 0/3/125° strecken bzw. beugen können (act. 27) und im Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 26. August 2012 (act. 53) werde darauf hingewiesen, dass der Bewegungsumfang bei der passiven Funktionsprüfung in Flexion nur geringgradig eingeschränkt gewesen sei bei "gut möglicher" Extension. Es verwundere, dass sich die Beschwerdeführerin trotz des angeblich eindrücklichen Ereignisses - ursprünglich ein Sturzereignis, anlässlich der Begutachtung ein Hängenbleiben mit der rechten Fussspitze an einem Pflasterstein - zeitnah offensichtlich in keine ärztliche Behandlung begeben habe. So fänden sich keine ereignisnahen ärztlichen Dokumentationen. Auch sei sie nicht in der Lage, das Datum des Ereignisses zu benennen. Dies obwohl sie hinsichtlich sonstiger Vorkommnisse nicht nur das Datum, sondern auch die Uhrzeit angeben könne. Insbesondere auch Dr. H.\_\_\_\_ habe in seinem Schreiben vom 14. November 2012 (vgl. act. 59) kein allfälliges traumatisches Ereignis vom Oktober 2012 erwähnt und beschreibe klinisch die deutliche Quadrizepsatrophie rechts sowie eine aktive Beugefähigkeit des rechten Kniegelenks auf 85° bei "guter Streckung". Auch anlässlich des Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2012 habe die Beschwerdeführerin kein solches erwähnt (act. 58); ebensowenig sei in der Indikation für die MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 6. November 2012



ein Ereignis vom Oktober 2012 aufgeführt (vgl. act. 63). Erstmals am 3. Januar 2013 und somit mehrere Wochen später weist Dr. H.\_\_\_\_ auf eine "erneute Distorsion in 2012 mit Hyperflexionstrauma und starken bis in den Kopf einschliessenden elektrisierenden Schmerzen" hin, wobei er - widersprüchlich zu den aktuellen Angaben der Beschwerdeführerin - einen Sturz postuliert. Die Kniegelenksbeweglichkeit sei nun für Extension/Flexion mit 0/0/55° angegeben worden, wobei unklar sei, ob es sich hierbei um aktive oder passive Bewegungsausmasse handle (vgl. act. 69). Den Ausführungen von Dr. O.\_\_\_\_ ist hinzuzufügen, dass Dr. H.\_\_\_\_ auch im gleichentags zuhanden der Beschwerdegegnerin ausgestellten ärztlichen Zwischenzeugnis vom 14. November 2012 (act. 60), welches offensichtlich auf den Befunden einer aktuellen Untersuchung bzw. Behandlung der Beschwerdeführerin beruhten, kein traumatisches Ereignis vermerkt hat.

5.3.8 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ gestützt auf eigene Untersuchungen und eine umfassende Aktenkenntnis einleuchtend und überzeugend darlegen, weshalb die von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagte Schmerzproblematik mit begleitender Bewegungseinschränkung sowie dadurch verursachten Schlaf- und Konzentrationsstörungen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als objektivierte somatische Unfallrestfolgen betrachtet werden können. Es liegen keine objektiven Gesichtspunkte vor, die ihre Überlegungen unvollständig erscheinen liessen. Dass die von Dr. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Erklärungen die Beurteilung der Gutachter nicht in Frage zu stellen vermögen, wurde in den Erwägungen 5.3.6 und 5.3.7 dargelegt. Schliesslich enthalten auch die übrigen medizinischen Akten keine Hinweise für eine unfallkausale, schmerzverursachende Gesundheitsstörung, welche eine von den subjektiven Leidensangaben unabhängige objektive Befunderhebung erkennbar machen würden. Die im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik von den Ärzten gestellten Diagnosen - Hypersensibilität (act. 81); neuropathischer Schmerz nach multiplen Traumata sowie mehreren Knieoperationen (act. 87, 89); chronisch neuropathische Schmerzen Knie und Unterschenkel rechts bei verschiedenen Statusdiagnosen (act. 95); chronifiziertes Schmerzsyndrom Knie rechts, Chronifizierungsstadium II nach Gerbershagen mit/bei/nach gemischt nozizeptiv/neuropathischer Schmerzstörung mit Allodynie im rechten Knie, Schmerzen im Knie rechts sowie im ventralen rechten Unterschenkel und im linken Knie sowie verschiedenen operativen Eingriffen (act. 102, 109 ff.) - vermögen das Fehlen des



Nachweises einer objektivierbaren Unfallrestfolge nicht zu ersetzen. Die genannten Diagnosen definieren einzig ein körperliches Befinden, welches zusätzlich objektivierbarer Untersuchungsergebnisse bedürfte, damit von einer überwiegend wahrscheinlichen somatischen Unfallrestfolge ausgegangen werden könnte. Mangels solcher basieren die Diagnosen jedoch nur auf den für einen überwiegend wahrscheinlichen Beweis ungenügenden subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin. Mit dem Begriff "neuropathisch" wird nichts anderes erklärt, als dass die Beschwerden Nervenschmerzen entsprechen. Die Chronifizierungsstadien nach Gerbershagen umschreiben einzig den zeitlichen Schmerzverlauf sowie die räumliche Schmerzlokalisierung, belegen indessen keine konkreten somatischen Befunde. Syndromdiagnosen bzw. die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms sind vielschichtig. Bei einem Syndrom handelt es sich laut ROCHE LEXIKON (Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1791) um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener bzw. traumatisch bedingter organischer Befund. Der Zusatz "chronisch" festigt die Unklarheit der Ätiologie bzw. untermauert die Bedeutung einer Syndromdiagnose. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das Verhältnis zwischen organischem Gesundheitszustand und erlebter Behinderung immer ungewisser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber mit seiner Psyche, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. BÄR/KIENER, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Eine Statusdiagnose sagt schliesslich lediglich aus, welcher Umstand bzw. welche Erkrankung dem aktuellen Zustand vorausgegangen ist. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin inklusive ihrer Begleiterscheinungen (Bewegungseinschränkung, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als somatische Unfallfolge der ursprünglichen Knieverletzung rechts betrachtet werden kann.



5.4.1 Bei der Festlegung des Rentenanspruchs ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist eine psychische Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin.

5.4.2 Wie bereits erwähnt, umfasste die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene interdisziplinäre Begutachtung auch die durch Dr. P.\_\_\_\_ am 14. August 2014 vorgenommene psychiatrische Teilbegutachtung (act. 122 Teil III). Weitere fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Berichte liegen keine in den Akten. Mit den von Dr. P.\_\_\_\_ persönlich erhobenen klinischen Untersuchungsergebnissen mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung liegt jedoch eine beweiskräftige Beurteilung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2013, 9C\_344/2013, E. 3.1.5 mit Hinweisen). Dr. P.\_\_\_\_ vermochte anhand der feststellbaren psychopathologischen Befunde, der Angaben der Beschwerdeführerin zum Tages- und Wochenablauf resp. ihren Aktivitäten und ihrer Beschwerdeschilderung keine depressive Episode (ICD 10: F 32, resp. F 33) festzustellen. Unter Berücksichtigung der vorhandenen Akten wie auch der Ergebnisse der Begutachtungen von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ erachtete er jedoch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F 45.41) als erfüllt, zumal die diagnostischen Kriterien für die Feststellung dieser Störung vergleichsweise weit gefasst seien. Dr. P.\_\_\_\_ zeigte nachvollziehbar und schlüssig auf, inwiefern die Kriterien hinsichtlich der konkreten Umstände der Beschwerdeführerin basierend auf den vorliegenden Akten und seinen persönlichen Untersuchungsergebnissen erfüllt seien (act. 122 Teil III S. 18 ff.). Das Teilgutachten von Dr. P.\_\_\_\_ beinhaltet sodann Ergänzungen in differential-diagnostischer Hinsicht. Insbesondere in Anbetracht der von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ mehrfach festgestellten Auffälligkeiten respektive der Unerklärbarkeit der von der Beschwerdeführerin u.a. beklagten neuropathischen Beschwerden (vgl. Erwägungen 5.3.4 und 5.3.5) könnte laut ihm das von der Beschwerdeführerin präsentierte Bild auch als sogenannte Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD 10: F 68.0) verstanden werden (act. 122 Teil III S. 22). So werde diese Störung wie folgt definiert: "Körperliche Symptome, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine belegbare körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung werden wegen des psychischen Zustandes der betroffenen Person aggraviert oder halten länger an. Der betroffene Patient ist meist durch Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt; er wird beherrscht von mitunter berechtigten Sorgen über längerdauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen."



5.4.3 Abgesehen davon, dass Dr. P.\_\_\_\_ durch die Störungen ICD 10: F 45.41 resp. differentialdiagnostisch ICD 10: F 68.0 keine Arbeitsunfähigkeit als gegeben annimmt, verneint er einen überwiegend wahrscheinlich natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Störungen und dem Unfall vom 12. Juli 2011. Ein natürlicher Kausalzusammenhang sei lediglich möglich. Der Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin sei, soweit aus versicherungs-psychiatrischer Sicht unter Berücksichtigung der Aktenlage wie auch der Begutachtungsergebnisse von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ einschätzbar, vergleichsweise ungewöhnlich (act. 122 Teil III S. 23 f., S. 28). Die weiteren Darlegungen von Dr. P.\_\_\_\_ bezüglich der Gewichtung unfallfremder Faktoren am psychischen Beschwerdebild vervollständigen bzw. untermauern seine Schlussfolgerung. Das psychische Beschwerdebild der Beschwerdeführerin resp. die gestellten psychischen Störungen (ICD 10: F 45.41, resp. F 68.0) seien ein Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren, wobei überwiegend wahrscheinlich auch psychosoziale Faktoren ihren Teil zur Entstehung beigetragen haben dürften. Eine eindeutige Gewichtung der unfallfremden Faktoren am heutigen psychischen Beschwerdebild könne nicht vorgenommen werden. Es falle jedoch auf, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 12. Juli 2011 in ihrem Privatleben trotz der bestehenden Beschwerden diverse zukunftsweisende Entscheidungen habe treffen können wie Heirat, Mutterschaft etc. Bei der Beschwerdeführerin könne möglicherweise eine "Symptomausweitung" angenommen werden, wofür die von Dr. O.\_\_\_\_ festgestellten Auffälligkeiten und Diskrepanzen (vgl. dazu Erwägung 5.3.5; act. 122 Teil III S. 21 f.) sprechen würden. Ergänzend zu den schlüssigen Darlegungen von Dr. P.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass weder von der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Rechtsvertreter eine unfallkausale psychische Problematik geltend gemacht wird noch eine solche sich aus den übrigen medizinischen Akten ergibt. Angesprochen bzw. angedeutet wird eine psychische Problematik überhaupt nur im Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ an Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2013 (act. 84). Erläuternde Aussagen bezüglich einer psychischen Problematik enthält der Bericht keine. Insgesamt lässt sich mithin bei der Beschwerdeführerin keine natürlich kausale psychische Unfallfolge ausmachen. Die Beurteilung der adäquaten Kausalität kann demzufolge ausbleiben.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Rahmen der nachfolgenden Bemessung der unfallbedingten Invalidität lediglich die somatische Beeinträchtigung einer Instabilität (muskuläre sowie koordinative Insuffizienz) des rechten Kniegelenks



bzw. eine daraus resultierende eingeschränkte Belastbarkeit miteinbezogen werden kann (vgl. dazu act. 122 Teil I S. 66).

6.

6.1 Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin wegen ihrer Unfallrestfolgen Anspruch auf eine Invalidenrente im Sinn von Art. 18 ff. UVG hat. Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem 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 wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

6.2

6.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist im Sinn von Art. 16 ATSG rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 135 V 59 E. 3.1). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und 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 134 V 325 f. E. 4.1, 129 V 224 E. 4.3.1; Urteil des EVG vom 20. Mai 2005, U 423/04, E. 2.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 126 f.).

6.2.2 Insofern ging die Beschwerdegegnerin für die Festlegung des Valideneinkommens 2015 (allfälliger Rentenbeginn per 1. März 2015) richtig von den Angaben des Kantonsspitals B.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2015 aus, wo die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls als FaGe angestellt war und wonach diese im Jahr 2015 mit drei Jahren Berufserfahrung Fr. 4'570.-- monatlich verdient hätte (act. 123). Gestützt auf diese Entscheidungsgrundlage errechnete die



Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von Fr. 59'410.-- (Fr. 4'570.-- x 13). Der Vertrag mit dem Kantonsspital Graubünden war zwar angeblich per 30. Juni 2012 befristet. Ein Berufswechsel war jedoch offenbar nie geplant (vgl. act. 35 f.).

### 6.3

6.3.1 Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Auch bezüglich dieser Grundlagen ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

6.3.2 Die Beschwerdegegnerin anerkennt angesichts der gutachterlichen Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ (act. 122 S. 66), dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als mit einer umfassenden Belastung der Beine (u.a. durch täglich längere Gehwege, längeres Stehen, Lagern oder Heben von Patienten) wegen der verbleibenden Unfallfolgen im Bereich des rechten Kniegelenks nicht mehr zugemutet werden kann. Hingegen erachtet sie gestützt auf die Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit als zumutbar. Als optimal dem Leiden angepasst definiert die Gutachterin sehr leichte bis leichte, primär im Sitzen auszuübende Tätigkeiten ohne das Bewältigen längerer Gehstrecken, ohne das mehr als seltene Bewältigen von Treppen, ohne das Bewältigen von Leitern, ohne das Arbeiten in unebenem/abschüssigem Gelände, ohne das Arbeiten in kniender/kauernder Position und ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich des rechten Kniegelenks (act. 122 Teil I S. 66 f.). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ bzw. das von ihr definierte Zumutbarkeitsprofil bezüglich einer kniegelenksadaptierten Tätigkeit erscheint ohne weiteres schlüssig und überzeugend. Konkrete Einwendungen gegen die Arbeitsfähigkeitsschätzung erhebt auch der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in seinen Eingaben keine. Mit dem definierten Zumutbarkeitsprofil bzw. den



festgehaltenen Einschränkungen wird der instabilen Kniegelenkssituation rechts umfassend unter sämtlichen Aspekten Rechnung getragen, indem die Bewegungen und Positionen, welche ein erhöhtes Risiko für Giving-ways bedeuten, bestmöglichst ausgeschaltet sind. Ausserdem findet mit einer sehr leichten bis leichten, primär im Sitzen ausgeübten Tätigkeit gar keine Belastung des Kniegelenks mehr statt. Dr. O.\_\_\_\_ sieht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Unter den erwähnten limitierenden Bedingungen ist denn auch eine volle Arbeitsfähigkeit als gegeben zu erachten. Indem der Instabilität umfassend Rechnung getragen wird, bleibt kein Raum mehr für eine zusätzlich notwendige Reduktion des Arbeitsfähigkeitsgrades. Die Instabilität steht vor allem in einem wesentlichen Zusammenhang mit der Belastung und Bewegung. Bezüglich des rechten Kniegelenks ist mithin im Folgenden von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ und dem von ihr beschriebenen Zumutbarkeitsprofil auszugehen.

6.3.3 Im Folgenden gilt es gestützt auf die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100% in einer adaptierten Tätigkeit das zumutbare Invalideneinkommen zu ermitteln. Für die Festsetzung des trotz unfallbedingter Behinderung realisierbaren Verdienstes (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen vorhanden, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit angenommen hat, wird in aller Regel auf die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch durchgeführten Lohnstrukturerhebung (LSE-Tabellenlöhne) zurückgegriffen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf, Art. 16 N 54; BGE 139 V 592 E. 2.3, 129 V 475 f., 124 V 321 ff.). In der angestammten Tätigkeit als FaGe ist die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig und es ist vorliegend nicht ersichtlich, inwiefern sie in der Ausbildung erlernte Qualifikationen in einer adaptierten Tätigkeit im Kompetenzniveau 2 weiter verwerten könnte. Somit stehen ihr lediglich Tätigkeiten als Hilfsarbeitskraft offen. Damit ist auf die Tabelle TA1, privater Sektor, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 der LSE 2014 abzustellen. Im Jahr 2014 betrug der durchschnittliche Jahreslohn für Frauen im Kompetenzniveau 1 Fr. 4'300.--. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche



Arbeitszeit von 41.7 Stunden und die Nominallohnentwicklung bis 2015 (0.5%) ergibt sich ein Bruttolohn von Fr. 54'060.-- (Fr. 4'505.-- x 12).

6.3.4 Zu prüfen bleibt, ob von diesem Tabellenlohn ein Abzug vorzunehmen ist. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin auch bei sehr leichten bis leichten Verweistätigkeiten zusätzlich eingeschränkt ist (primär im Sitzen auszuübende Tätigkeit ohne das Bewältigen längerer Gehstrecken, ohne das mehr als seltene Bewältigen von Treppen, ohne das Bewältigen von Leitern, ohne das Arbeiten mit Rutsch-/Absturzgefahr, ohne das Arbeiten in unebenem/abschüssigem Gelände, ohne das Arbeiten in kniender/kauernder Position und ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich des rechten Kniegelenkes; vgl. act. 122, S. 66), wirkt sich lohnsenkend aus. Insgesamt erweist sich vorliegend ein Tabellenlohnabzug von 5% als angemessen. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 51'357.--.

7.

7.1 Ausgehend von einem Invalideneinkommen von Fr. 51'357.-- und einem Valideneinkommen von Fr. 59'410.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'053.-- und ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 14% (Fr. 8'053.-- / Fr. 59'410.-- x 100).

7.2 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2015 eine unbefristete Invalidenrente entsprechend einem 14%igen Invaliditätsgrad zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rente ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



## St.Galler Gerichte

Bezüglich des Antrags auf Vergütung weiterer Heilbehandlungskosten ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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 Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2015 eine unbefristete Invalidenrente entsprechend einem 14%igen Invaliditätsgrad zugesprochen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Bezüglich des Antrags auf Vergütung weiterer Heilbehandlungskosten wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.