Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. August 2013 (725 11 264 / 193)

Unfallversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhaltes (Gerichtsgutachten) / Bemessung des Invaliditätsgrades und des versicherten Verdienstes

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Roger Peter, Rechtsanwalt, Neumünsterstrasse 30, 8008 Zürich gegen **Basler Versicherung AG**, Hauptsitz, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat, Rathausstrasse 40/42, 4410 Liestal
Betreff	Leistungen (29/030264/02.X)

A. Die 1975 geborene A.____ war seit 1. Oktober 2001 bei der B.____ AG als Account Managerin angestellt und durch ihre Arbeitgeberin bei der Basler Versicherung AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 20. Oktober 2002 erlitt A.____ einen Unfall, indem sie „auf Baustaub ausrutschte und eine Treppe hinunterstürzte“ (vgl. die undatierte, am 4. November 2002 bei der Basler Versicherung AG eingegangene “Unfallmeldung UVG“ der Arbeitgeberin). Dabei zog sie sich gemäss Diagnose des erstbehandelnden

Arztes Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, eine Distorsion am rechten Knie zu (vgl. "Arztzeugnis UVG" des Dr. C.____ vom 6. Dezember 2002). Wegen anhaltender Schmerzen wurde rund ein halbes Jahr später eine diagnostische Arthroskopie durchgeführt und eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes festgestellt. Am 3. Mai 2003 erfolgte deshalb ein operativer Eingriff, bei welchem eine Kreuzbandplastik mit Semitendinosus-Sehne vorgenommen wurde. Da sich die Schmerzproblematik nicht verbesserte, erfolgten über einen Zeitraum von fünf Jahren insgesamt fünf weitere operative Eingriffe am rechten Knie, ohne dass dadurch eine Verbesserung der Schmerzsituation erzielt werden konnte. Die Basler Versicherung AG, die nach Einfang der Unfallmeldung die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung) für die Folgen des Unfallereignisses vom 20. Oktober 2002 erbracht hatte, holte deshalb zur Klärung der medizinischen Situation - insbesondere zur Frage der Unfallkausalität der vorhandenen Beschwerden und der Restarbeitsfähigkeit der Versicherten - bei Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, und bei Prof. Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie FMH, gutachterliche Einschätzungen ein. A.____ ihrerseits gab bei Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie FMH, namentlich zur Frage von möglichen ärztlichen Kunst- und Behandlungsfehlern ein Gutachten in Auftrag. Schliesslich liess die Basler Versicherung AG ohne vorgängige Orientierung der Versicherten bei Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, ein Aktengutachten erstellen. Gestützt auf dessen Ergebnisse beabsichtigte die Basler Versicherung AG die Durchführung einer zusätzlichen psychiatrischen Exploration sowie einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), was von der Versicherten jedoch abgelehnt wurde.

Gestützt auf die ihr vorliegenden medizinischen Unterlagen sprach die Basler Versicherung AG A.____ mit Verfügung vom 13. Dezember 2010 für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2002 mit Wirkung ab 1. Dezember 2010 eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 31 % und eines versicherten Verdienstes von Fr. 92'877.-- sowie eine Integritätsentschädigung von 15 % zu. Gegen diese Verfügung erhob A.____ Einsprache, worauf die Basler Versicherung AG ihr im Rahmen des Einspracheverfahrens dahingehend eine reformatio in peius androhte, als sie lediglich Anspruch auf eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 20 % habe. Gleichzeitig gab sie der Versicherten Gelegenheit, ihre Einsprache zurückzuziehen. Nachdem A.____ erklärt hatte, dass sie an der Einsprache festhalte, erliess die Basler Versicherung AG am 21. Juni 2011 einen Einspracheentscheid, mit dem sie zum einen „die Einsprache in allen Punkten" abwies und zum andern den Invaliditätsgrad „in Korrektur der Verfügung" auf 20 % festsetzte. Zur Begründung des Entscheides wurde im Wesentlichen angeführt, dass bei der Würdigung des medizinischen Sachverhaltes auf das überzeugende Aktengutachten von Dr. G.____ abzustellen sei. Demnach sei die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit als Account Managerin nur zu 20 % eingeschränkt. Da beim Invalideneinkommen kein Raum für einen leidensbedingten Abzug bestehe, resultiere aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 20 %.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Roger Peter, am 22. Juli 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei ihr auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 57 % und eines versicherten Verdienstes von Fr. 93'071.-- eine Invalidenrente von Fr. 42'723.-- pro Jahr bzw.

von Fr. 3'560.25 pro Monat zu gewähren. Zudem habe die Beschwerdegegnerin ihr nach Rentenbeginn regelmässige ärztliche Kontrollen, ein bis zwei stationäre physikalisch-therapeutische Massnahmen und schmerztherapeutische Spezialbehandlungen von drei bis vier Wochen pro Jahr, zehn bis zwölf spezialärztliche Konsultationen pro Jahr sowie ärztlich verordnete Medikamente zu gewähren; unter o/e-Kostenfolge. In ihrer Begründung erhob die Beschwerdeführerin verschiedene formelle und materielle Einwände gegen das Aktengutachten von Dr. G.____, aus denen sich insgesamt ergeben würde, dass dieses in beweisrechtlicher Hinsicht nicht verwertbar sei. Bei der Würdigung des medizinischen Sachverhaltes sei deshalb auf überzeugende Gutachten von Prof. E.____ vom 26. Januar 2010 abzustellen. Im Rahmen des Einkommensvergleichs sei bei der Bemessung des Valideneinkommens vom Verdienst auszugehen, den sie zuletzt bei der B.____ AG erzielt habe; dieser habe sich im Jahr 2010 nicht auf Fr. 93'620.--, sondern auf Fr. 94'118.-- belaufen. Nachdem gestützt auf die Einschätzung von Prof. E.____ von einer Arbeitsunfähigkeit als Sekretärin von 28 % auszugehen sei und zudem ein leidenbedingter Abzug von 15 % gewährt werden müsse, resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 40'113.--, was einen Invaliditätsgrad von 57,38 % ergebe. Im Weiteren betrage der versicherte Verdienst nicht Fr. 92'877.--, sondern Fr. 93'071.--, was zu einem monatlichen Rentenbetrag von Fr. 3'560.25 führe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 9. September 2011 beantragte die Basler Versicherung AG, vertreten durch Advokat Dr. Manfred Bayerdörfer, die Abweisung der Beschwerde.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 24. November 2011 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die medizinische Aktenlage nicht möglich sei. Es beschloss deshalb, den Fall auszustellen und ein orthopädisches Gerichtsgutachten samt einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) einzuholen. Eine psychiatrische Begutachtung wurde vorerst als nicht notwendig erachtet, sie wurde aber vorbehalten für den Fall, dass die Beschwerden sich nicht restlos mit somatischen Befunden erklären liessen. Als Begutachtungsstelle wurde die Klinik H.____ vorgeschlagen. Gleichzeitig unterbreitete das Kantonsgericht den Parteien den vorgesehenen Fragenkatalog. Mit Eingabe vom 13. Dezember 2011 machte die Beschwerdeführerin von der Möglichkeit Gebrauch, dem Gericht zu Handen der Begutachtungsstelle Ergänzungsfragen einzureichen. Nachdem weder die Beschwerdeführerin noch die Beschwerdegegnerin Einwände gegen die vorgeschlagene Begutachtungsstelle erhoben hatten, erging der entsprechende Auftrag am 5. Januar 2012 an die Klinik H.____.

E. Erstmals mit Eingabe vom 27. März 2012, ein weiteres Mal am 5. April 2012 und schliesslich am 18. Mai 2012 beantragte die Beschwerdeführerin, es sei der Klinik H.____ der Begutachtungsauftrag zu entziehen und ein anderes Institut mit der Durchführung der orthopädischen Begutachtung und der EFL zu beauftragen. Die Gutachter der Klinik H.____ seien befangen und hätten sich über den Begutachtungsauftrag hinweggesetzt, indem sie von Anfang an eine psychiatrische Begutachtung vorgesehen hätten. Zunächst mit formlosem Schreiben vom 28. März 2012, in der Folge aber mit formellen Verfügungen vom 24. April und 29. Mai 2012 wies das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts den Antrag, wonach der Klinik H.____ der Begutachtungsauftrag zu entziehen sei, ab. Gleichzeitig wurde jedoch in der Verfü-

gung vom 29. Mai 2012 - unter Hinweis auf eine Eingabe der Klinik H.____ vom 25. April 2012 und nach Einholung einer Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2012 - der Begutachtungsauftrag dahingehend erweitert, dass zusätzlich zur orthopädischen auch eine rheumatologische Begutachtung (samt EFL) durchzuführen sei. Ferner ordnete das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts in dieser letztgenannten Verfügung an, dass dem Gericht ein begründeter Antrag zu unterbreiten sei, falls die Gutachter gestützt auf die Ergebnisse ihrer orthopädischen/rheumatologischen Untersuchungen (samt EFL) eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung als erforderlich erachten sollten. Ohne vorgängige Zustimmung des Gerichts sei von einer psychiatrischen Exploration der Versicherten abzusehen.

F. Am 28. Januar 2013 erstattete die Klinik H.____ das in Auftrag gegebene Gerichtsgutachten. Gleichzeitig empfahlen die begutachtenden Ärzte eine ergänzende psychiatrische Exploration der Versicherten, weil das Ausmass der persistierenden Beschwerden aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Die Parteien erhielten in der Folge Gelegenheit, einerseits zu dieser Empfehlung und anderseits zum Inhalt des Gutachtens sowie zur Frage, wie sich dessen Ergebnisse auf einen allfälligen Leistungsanspruch der Versicherten auswirken würden, Stellung zu nehmen. Die Beschwerdeführerin machte am 28. März 2013 hiervon Gebrauch, wobei sie beantragte, es sei auf eine psychiatrische Ergänzungsbegutachtung zu verzichten und es sei der Rentenanspruch gestützt auf die Ergebnisse des eingeholten Gerichtsgutachtens (samt EFL) festzusetzen. Demzufolge sei ihr eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 39,83 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 93'071.-- zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin vertrat in ihrer Stellungnahme vom 3. Mai 2013 ebenfalls die Auffassung, dass auf eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung verzichtet werden könne. Zur Begründung dieses Standpunktes führte sie aus, der für eine Leistungspflicht erforderliche adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. Oktober 2002 und einem allfälligen psychischen Leiden der Versicherten müsse ohnehin verneint werden. Im Übrigen hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. In einem abschliessenden kurzen Schriftenwechsel äusserten sich die Parteien mit Eingaben vom 14. bzw. 28. Mai 2013 insbesondere kontrovers zur Frage, wie das Invalideneinkommen zu ermitteln sei. Während die Beschwerdeführerin an ihrem in der Eingabe vom 28. März 2013 errechneten Invaliditätsgrad von 39,83 % festhielt, gelangte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die ihres Erachtens massgebenden Einkommenszahlen zu einem Invaliditätsgrad von 17,4 %.

G. Mit Verfügung vom 31. Mai 2013 hielt das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts fest, dass zur Zeit, d.h. im Rahmen des Instruktionsverfahrens, davon abgesehen werde, die Versicherte durch die Klinik H.____ (ergänzend) psychiatrisch begutachten zu lassen. Selbstverständlich stehe es dem Dreiergericht, welches seinerzeit die Einholung eines Gerichtsgutachtens angeordnet hatte, anlässlich der zweiten Urteilsberatung frei, auf diese Instruktionsverfügung zurückzukommen und eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen, falls es eine solche als erforderlich erachten sollte. Die Angelegenheit wurde deshalb erneut dem Dreiergericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befand sich dieser zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung in I.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 22. Juli 2011 ist demnach einzutreten.

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Überdies werden dem Rentenbezüger laut Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nach der Festsetzung der Rente Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13 UVG) gewährt, wenn er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person sodann Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt dabei immer voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Invalidität, Integritätseinbusse) ein natürlicher (vgl. dazu BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) und ein adäquater (vgl. dazu BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis) Kausalzusammenhang besteht.

3. Mit Verfügung vom 13. Dezember 2010 sprach die Beschwerdegegnerin der Versicherten für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfallereignis vom 20. August 2002 unter anderem eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15 % zu. In ihrer gegen diese Verfügung erhobenen Einsprache beantragte die Versicherte die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von 40 %, eventualiter die vergleichsweise Gewährung einer Integritätsentschädigung von 28 %. Mit Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache in Bezug auf diesen Antrag ab. In ihrer gegen diesen Einspracheentscheid erhobenen, vorliegend zur Beurteilung stehenden Beschwerde vom 22. Juli 2011 hat die Versicherte die am 13. Dezember 2010 verfügte und mit Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 bestätigte Zusprechung einer Integritätsentschädigung in der Höhe von 15 % nicht mehr angefochten. Somit kann festgehalten werden, dass der Einspracheentscheid vom

21. Juni 2011 in Bezug auf die der Versicherten zugesprochene Integritätsentschädigung in (Teil-) Rechtskraft erwachsen ist, weshalb darauf nicht mehr einzugehen ist.

4. Streitig und zu prüfen ist als erstes die Höhe der Invalidenrente, welche der Versicherten für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2002 zusteht. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet dabei die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person unfallbedingt arbeitsunfähig ist.

4.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5).

4.4.1 So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa mit Hinweisen).

4.4.2 Im Weiteren ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.4.3 Sodann erkennt die Rechtsprechung Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-) Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, zwar ebenfalls Beweiswert zu, es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 353. E. 3b/ee). Sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Anlässlich der ersten in dieser Angelegenheit erfolgten Urteilsberatung vom 24. November 2011 lagen dem Kantonsgericht verschiedene fachärztliche Gutachten vor, die sich in unterschiedlicher Ausführlichkeit zum Gesundheitszustand der Versicherten, zur Frage der Unfallkausalität der vorhandnen Beschwerden und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten äusserten. Zu nennen sind die beiden von der Beschwerdegegnerin eingeholten orthopädischen Gutachten von Dr. D.____ vom 20. Dezember 2006 und von Prof. E.____ vom 26. Januar 2010, das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene orthopädische Gutachten von Dr. F.____ vom 24. April 2008 und schliesslich das Aktengutachten vom 21. Mai 2010, welches die Beschwerdegegnerin durch Dr. G.____ erstellen liess. Im Rahmen seiner damaligen Beweiswürdigung stellte das Kantonsgericht zwar fest, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem

Unfallereignis vom 20. Oktober 2002 und den verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Knies der Versicherten von allen involvierten Fachärzten übereinstimmend bejaht werde, in Bezug auf die ebenso relevante Frage, wie sich die verbleibenden Unfallfolgen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirken würden, könne aber keinem dieser Gutachten ein ausschlaggebender Beweiswert beigemessen werden. So sei etwa das Aktengutachten von Dr. G.____, auf welches die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid massgeblich abgestellt habe, schon deshalb nicht voll beweiswertig, weil Dr. G.____ selber den medizinischen Sachverhalt als nicht vollständig abgeklärt erachtet habe. Darüber hinaus werde der Beweiswert dieses Gutachtens zusätzlich durch die Umstände geschmälert, dass Dr. G.____ nicht über einen Facharzttitel für Orthopädie oder Rheumatologie verfüge und dass es sich bei seiner Beurteilung um ein ohne eine persönliche Untersuchung der Versicherten verfasstes Aktengutachten handle. Auf das Gutachten von Dr. D.____ könne seinerseits nicht abgestellt werden, weil dieses bereits mehr als fünf Jahre alt sei und ihm deshalb keine Aussagen zum aktuellen Gesundheitszustand und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu entnehmen seien. Die Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. F.____ wiederum sei zu verneinen, weil sich dieses schwergewichtig mit der Frage allfälliger ärztlicher Behandlungsfehler und weniger mit den hier interessierenden Aspekten (aktueller Gesundheitszustand, Arbeitsfähigkeit) befasse. Zudem gelte es zu berücksichtigen, dass es sich bei der betreffenden Expertise um ein im Auftrag der Beschwerdeführerin erstelltes Parteigutachten handle. Was schliesslich das Gutachten von Prof. E.____ angehe, so sei dessen Zumutbarkeitsbeurteilung insoweit kaum nachvollziehbar, als der Gutachter einerseits von einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer leichten angepassten Verweistätigkeit ausgehe, andererseits aber die Arbeitsfähigkeit als Sekretärin lediglich mit höchstens 25 % („maximal zwei Stunden pro Tag“) beziffere. Da die genannten Gutachten - ebenso wie die zahlreichen übrigen, damals vorliegenden medizinischen Berichte - keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit bildeten, beschloss das Kantonsgericht deshalb anlässlich der Urteilsberatung vom 24. November 2011, den Fall auszustellen und die erforderliche zusätzliche Abklärung des medizinischen Sachverhaltes im Rahmen eines Gerichtsgutachtens vornehmen zu lassen. In der Folge ordnete es eine orthopädische und rheumatologische Begutachtung (samt EFL) der Versicherten in der Klinik H.____ an.

5.2 Gestützt auf ihre orthopädischen und rheumatologischen Untersuchungen sowie auf die Ergebnisse der durchgeführten EFL halten die begutachtenden Ärzte der Klinik H.____ in ihrem ausführlichen Gerichtsgutachten vom 28. Januar 2013 bei der Versicherten folgende Diagnosen fest: Persistierende unspezifische mediale Knie- und mediale Tibia-Schmerzen rechts bei minimaler posttraumatischer Arthrose ohne Aktivität, eine muskuläre Dysbalance mit leichter Quadricepshypotrophie rechts, einen Verdacht auf dysfunktionales Schmerzverhalten mit anhaltendem Opiatbedarf, in Diskrepanz zu den minimalen strukturellen Veränderungen, dies alles nach einer Distorsion des Knies rechts aufgrund eines Treppensturzes im Oktober 2002 und nach vorderer Kreuzbandplastik und Re-Kreuzbandplastik sowie nach zweimaliger Tibia-Valgisationsosteotomie und zweimaliger Metallentfernung. Klinisch zeige sich das rechte Knie reizlos, ohne Schwellung bei stabilen Bandverhältnissen. Es sei zu keiner nennenswerten posttraumatischen Arthroseentwicklung gekommen. Nach zweitägiger überdurchschnittlicher Belastung durch die EFL-Testung sei es zu keiner Aktivierung gekommen, so dass die Biomechanik

des Kniegelenks als ausgesprochen günstig zu bezeichnen sei. Es liege eine fast normale Beweglichkeit vor, szintigraphisch sei nur eine diskrete knöcherne Umbauaktivität dokumentiert. Im CT würden sich die Osteotomien als durchgebaut darstellen und ein Sequester könne nicht dokumentiert werden. Eine mögliche metabolische Rolle in der Schmerzpersistenz spiele allenfalls der massive Mangel an Vitamin D. Hinweise auf eine Infektion oder eine entzündlich rheumatische Komponente gebe es nicht. Bei der EFL sei es beim Tragen von mittelschweren Lasten zu einem deutlichen Hinkverhalten gekommen. Während der rheumatologischen und orthopädischen Exploration habe kein Hinken beobachtet werden können, bei der EFL habe die Explorandin aber ein Entlastungshinken gezeigt, wobei sie bei Treppenhinuntersteigen insofern ein paradoxes Verhalten gezeigt habe, als sie das gesunde linke Knie vorangestellt habe und damit das betroffene rechte Knie beim Herunterlassen des Körpergewichts stärker belastet habe. Dies lasse auf ein "falsch" eingesetztes Verdeutlichungsverhalten schliessen. Insgesamt könne aus der Testung kombiniert mit den nur minimalen strukturellen Veränderungen geschlossen werden, dass für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit aktuell keine funktionelle Einschränkung mehr nachvollziehbar sei. Bei einer rein sitzenden Tätigkeit seien nach ein bis zwei Stunden kurze Pausen, um die Gelenke zu bewegen, sinnvoll. Aufgrund der bisher fehlenden Arthroseentwicklung seien auch mittelfristig keine zusätzlichen Einschränkungen zu erwarten. Was im Weiteren nicht nachvollziehbar sei, sei der erhöhte Opiatbedarf bei den strukturell und klinisch nur minimen Befunden. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden und die geltend gemachte Limitierung stünden in klarer Diskrepanz zu den klinischen und bildgebenden Befunden, so dass eine Schmerzverarbeitungsproblematik mit dysfunktionalem Verhalten postuliert werden müsse. Eine psychiatrische Begutachtung sei daher angezeigt.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin führen die Gutachter aus, für die angestammte Tätigkeit als Account Managerin sei die Zumutbarkeit nur teilweise gegeben, da die Anforderungen an das Tragen von Lasten (bis 25 kg) als zu hoch einzustufen seien. Die Anforderungen an die Arbeit als Sekretärin könnten erfüllt werden, wobei bei rein sitzender Tätigkeit vermehrte Pausen zum Durchbewegen des Kniegelenks erforderlich seien. Bei einer wechselbelastenden Tätigkeit würden diese Pausen dahinfallen. Die Tätigkeit als selbständige EDV-Trainerin könne die Explorandin nur noch zum Teil ausüben. Ungeeignet sei der Anteil der Arbeit, welcher die Installation und die Verlegung von Kabeln betreffe, da dieser ein Knien und Kriechen am Boden bedinge. Eine Sekretariatstätigkeit oder eine anderweitige administrative Tätigkeit, die auch wechselbelastende Elemente wie Aufstehen und Umhergehen beinhalte, könne als angepasst angesehen und vom objektiven Kniebefund her ohne Einschränkung zugemutet werden.

5.3 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4.1 hiervor), weicht das Gericht bei der Würdigung des medizinischen Sachverhaltes praxisgemäss bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Vorliegend sind keinerlei Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens der Klinik H.____ vom 28. Januar 2013 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bun-

desgericht verlangt wird (vgl. Erwägung 4.3 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sodann weist das Gutachten keinerlei Widersprüche auf und es setzt sich auch ausführlich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander. Bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhaltes ist deshalb vollumfänglich auf das Gerichtsgutachten der Klinik H.____ vom 28. Januar 2013 abzustellen. Demnach ist zur nachfolgenden Bemessung des Invaliditätsgrades (vgl. E. 6. hiernach) davon auszugehen, dass der Versicherten in Berücksichtigung der verbleibenden somatischen Unfallfolgen eine Sekretariatstätigkeit - abgesehen von einem erhöhten Pausenbedarf bei rein sitzender Tätigkeit - ohne Einschränkung zugemutet werden kann. Dasselbe gilt für eine anderweitige administrative Aufgabe, die auch wechselbelastende Elemente wie Aufstehen und Umhergehen beinhaltet. Zu ergänzen bleibt abschliessend, dass diese Zumutbarkeitsbeurteilung auch von den Parteien in ihren jeweiligen Stellungnahmen zum Gerichtsgutachten - zu Recht - nicht in Frage gestellt wird.

5.4 Wie dargelegt, empfehlen die begutachtenden Ärzte der Klinik H.____ zur vollständigen Abklärung des medizinischen Sachverhaltes eine zusätzliche psychiatrische Untersuchung der Versicherten. Diese verwahrt sich jedoch gegen eine solche und akzeptiert die auf den rein somatischen Unfallfolgen basierende Zumutbarkeitsbeurteilung als abschliessend. Die Beschwerdegegnerin erachtet eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung ebenfalls als überflüssig. Zur Begründung weist sie ihrerseits darauf hin, dass zwischen dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2002 und einem allfälligen psychischen Leiden ohnehin kein adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Ein solcher wäre aber unabdingbar, um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für allfällige psychische Beeinträchtigungen bejahen zu können. Unter diesen Umständen sei aber von einer psychiatrischen Zusatzbegutachtung abzusehen. Dieser Auffassung der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten. Nach der Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und einem anschliessend auftretenden psychischen Leiden im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung der Unfälle in drei Gruppen zweckmässig erscheint: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle anderseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 E. 6). Nach ständiger Rechtsprechung kann der adäquate Kausalzusammenhang bei leichten bzw. banalen Unfällen in der Regel ohne Weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 115 V 139 E. 6a). Vorliegend ist der Sturz der Versicherten vom 20. Oktober 2002 - im Lichte der vorstehenden Einteilung - als leichter Unfall zu qualifizieren, so dass ein adäquater Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis und einer (allfälligen) anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung nach dem Gesagten ohne Weiteres zu verneinen ist. Entfällt eine Leistungspflicht des

Unfallversicherers für ein allfälliges psychisches Leiden aber bereits aus diesem Grund, so besteht - wie die Beschwerdegegnerin zutreffend geltend macht - keine Veranlassung, das Vorliegen und die Auswirkungen eines allfälligen psychischen Leidens fachärztlich abklären zu lassen. Auf die Durchführung einer zusätzlichen psychiatrischen Begutachtung der Versicherten ist deshalb zu verzichten.

6.1 Wie weiter oben erwähnt (vgl. E. 2 hiervor), hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist für die Vornahme des Einkommensvergleichs in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174). Vorliegend ist demnach beim Einkommensvergleich von den am 1. Dezember 2010 (Datum des Rentenbeginns) gegebenen Einkommensverhältnissen auszugehen.

6.2 Bei der Bemessung des für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht anzuwendenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 115 V 142 E. 8b mit weiteren Hinweisen) als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat, auszugehen ist (Urteil des EVG vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2002 bei der B.____ AG ein Jahreseinkommen von Fr. 84'363.-- erzielt. Dieser Betrag ist der seitherigen Nominallohnentwicklung anzupassen, was für das vorliegend massgebende Jahr 2010 ein Jahreseinkommen von Fr. 94'188.-- ergibt. Im Rahmen des nachfolgenden Einkommensvergleichs ist daher von diesem Valideneinkommen auszugehen.

6.3 Bei der Ermittlung des trotz der unfallbedingten Gesundheitsschädigung noch zumutbaren und realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist wie folgt zu unterscheiden: Geht die versicherte Person auch nach Eintritt der unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigung einer Erwerbstätigkeit nach, ist der tatsächlich erzielte Verdienst dem Invalideneinkommen gleichzusetzen, wenn kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind, die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausgeschöpft wird und die Entlöhnung der Leistung angemessen ist, folglich nicht ein Soziallohn zur Auszahlung gelangt (vgl. BGE 129 V 475 E. 4.2.1, 126 V 76 E. 3b/aa mit Hinweisen). Ist kein solches tatsächlich erzieltes

Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, kann das Invalideneinkommen unter Beizug der der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ermittelt werden (vgl. dazu BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 322 E. 3b/aa).

6.4.1 Die Parteien sind sich dahingehend einig, dass die Bemessung des Invalideneinkommens der Versicherten anhand der LSE-Tabellenlöhne vorzunehmen ist. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist hingegen, welche konkrete Tabelle und welches Anforderungsniveau zur Anwendung gelangen sollen und welche wöchentliche Arbeitszeit der Berechnung zugrunde zu legen ist. Während die Beschwerdeführerin die Auffassung vertritt, es sei von der Tabelle TA1 ("Privater Sektor") und innerhalb dieser Tabelle vom Anforderungsniveau 3 sowie von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auszugehen, erachtet die Beschwerdegegnerin die Anwendung der Tabelle TA7 ("Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen") und das Anforderungsniveau 1 + 2 für richtig; zudem sei der Berechnung eine wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden zugrunde zu legen.

6.4.2 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, für die Ermittlung ihres Invalideneinkommens habe nicht die Tabelle TA7 ("Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen"), sondern die Tabelle TA1 ("Privater Sektor") zur Anwendung zu gelangen, kann ihr nicht gefolgt werden. Es trifft zwar zu, dass nach der Rechtsprechung beim Einkommensvergleich auf Grund der LSE-Tabellenlöhne von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen ist (BGE 124 V 323 E. 3b/aa). Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf Tabelle TA1 abzustellen ist. Welche Tabelle zur Anwendung zu bringen ist, bestimmt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls. Dabei kann es sich durchaus rechtfertigen, statt auf den Durchschnittslohn innerhalb eines bestimmten Wirtschaftszweiges oder eines Teils hievon (Tabelle TA1) auf denjenigen für eine bestimmte Tätigkeit (Tabelle TA7) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt. Tabelle TA7 enthält allerdings nur Lohnangaben für den privaten und öffentlichen Sektor zusammen. Die entsprechenden Zahlen können daher nur zur Anwendung gelangen, wenn der versicherten Person auch der öffentliche Sektor offen steht (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 2000 Nr. U 405 S. 400). Dies ist im vorliegenden Fall zu bejahen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.3 hiervor) ist der Versicherten aus medizinischer Sicht die Ausübung einer Sekretariatstätigkeit oder einer anderweitigen administrativen Aufgabe, die auch wechselbelastende Elemente wie Aufstehen und Umhergehen beinhaltet, zumutbar. Auf Grund ihrer kaufmännischen Ausbildung stehen der Versicherten dabei sowohl Stellen im privaten wie auch im öffentlichen Sektor offen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend geltend macht, erweist sich somit aber ein Abstellen auf die Tabelle TA7 ("Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen") unter den konkreten Umständen des vorliegenden Falles durchaus als sachgerecht.

6.4.3 Näherer Prüfung bedarf sodann die Frage, von welchem Anforderungsniveau innerhalb der anwendbaren Tabelle TA7 auszugehen ist. In den Tabellenlöhnen der LSE werden je nach persönlicher Qualifikation der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers vier Anforderungsni-

veaus des Arbeitsplatzes unterschieden. Bei der Frage, auf welchen Wert der LSE abzustellen ist, sind die Ausbildung, die Berufserfahrung und der berufliche Werdegang der versicherten Person zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, dass für sie das Anforderungsniveau 3 zur Anwendung gelangen soll, in welchem laut LSE Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt werden. Dem hält die Beschwerdegegnerin entgegen, dass das berufliche Wissen und die Erfahrung der Versicherten weit über die Stufe einfacher "Berufs- und Fachkenntnisse" im Sinne des Anforderungsniveaus 3 hinausgingen. Die Beschwerdeführerin verfüge nicht nur über einen kaufmännischen Lehrabschluss, sondern darüber hinaus über weitere Zusatzqualifikationen. So habe sie ein höheres Wirtschaftdiplom erworben und verschiedene Seminare besucht. Zudem verfüge sie über langjährige Berufserfahrung. Aus all diesen Gründen sei ein Abstellen auf das Anforderungsniveau 1 + 2 gerechtfertigt. Der Beschwerdegegnerin ist insoweit beizupflichten, als der Versicherten in Anbetracht ihrer Ausbildung, ihres beruflichen Werdeganges und ihrer Berufserfahrung nicht nur kaufmännische Tätigkeiten offen stehen, bei denen lediglich "Berufs- und Fachkenntnisse" vorausgesetzt werden. Ein Abstellen auf das Anforderungsniveau 3, wie es die Beschwerdeführerin verlangt, kann deshalb nicht als sachgerecht bezeichnet werden. Anderseits erweist sich aber auch die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einstufung im nächsthöheren Anforderungsniveau 1 + 2 als problematisch. Dieses setzt laut LSE die "Verrichtung höchst anspruchsvoller und schwierigster Arbeiten" bzw. die "Verrichtung selbständiger und qualifizierter Arbeiten" voraus und es muss als fraglich bezeichnet werden, ob die der Beschwerdeführerin gemäss gutachterlicher Zumutbarkeitsbeurteilung noch offen stehenden Sekretariatstätigkeiten (oder anderweitigen administrativen Aufgaben) tatsächlich unter das genannte Anforderungsprofil des Niveaus 1 + 2 subsumiert werden können. Bei diesen Schwierigkeiten der konkreten Zuordnung der Tätigkeit der Versicherten entweder unter das Anforderungsniveau 1 + 2 oder aber unter das Anforderungsniveau 3 erweist es sich deshalb als sachgerecht, für die Ermittlung des Invalidenlohnes ausnahmsweise auf den Mittelwert zwischen den Durchschnittslöhnen des Anforderungsniveaus 1 + 2 und des Anforderungsniveaus 3 im Sektor "Andere kaufmännisch-administrative Tätigkeiten" der Tabelle TA7 abzustellen (zur Zulässigkeit dieser Vorgehensweise: Urteile B. des EVG vom 19. November 2003, U 381/00, E. 4.2.3 und X. vom 9. Januar 2004, U 349/02 + U 351/02, E. 4.3; vgl. auch Entscheid des Kantonsgerichts [KGE] vom 17. November 2011, 725 11 295 / 305, E. 3.3.4).

6.4.4 Zu beurteilen bleibt der Einwand der Beschwerdeführerin, bei der Berechnung des Invalidenlohns sei von einer 40 Stundenwoche auszugehen, weil auch ihr früherer Verdienst bei der B.____ AG - welcher nach dem vorstehend Gesagten als Basis ihres Valideneinkommens dient - auf einer Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche beruhe. Dieser Argumentation der Versicherten kann nicht beigepflichtet werden. Die Beschwerdegegnerin weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass die dem statistischen Invalidenlohn zugrunde liegende Wochenarbeitszeit von 40 Stunden selbst dann auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit umzurechnen ist, wenn die versicherte Person als Gesunde in einem Betrieb mit einer 40-Stunden-Woche beschäftigt war (ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Murer/Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 312 f.). Eine solche Konstellation liegt hier vor. Folglich ist der im Fall der Versicherten zur Anwendung gelangende - auf 40 Wochenstunden basierende - sta-

tistische Invalidenlohn auf die branchenübliche wöchentliche Arbeitszeit umzurechnen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin beläuft sich diese aber nicht auf 41,6, sondern lediglich 41,15 Stunden, was dem Durchschnitt der im Jahr 2010 in den Branchen "(J) Information und Kommunikation" (41,0 Stunden), und "(K) Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen" (41,3 Stunden) geleisteten betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit entspricht (vgl. Die Volkswirtschaft 12/2012, S. 90, Tabelle B9.2, Abschnitte J und K).

6.4.5 Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen berechnet sich das Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin wie folgt: Der Mittelwert zwischen den Durchschnittslöhnen des Anforderungsniveaus 1 + 2 und des Anforderungsniveaus 3, Tabelle TA7 ("Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen"), beträgt für Frauen im Sektor "Andere kaufmännisch-administrative Tätigkeiten" Fr. 6'040.-- (Fr. 6'447.-- + Fr. 5'633.-- : 2; Tabelle TA7, Ziff. 23, Frauen). Die Umrechnung auf ein Jahr (x 12) und auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,15 Stunden ergibt ein Jahreseinkommen von Fr. 74'564.--.

6.5.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 323 E. 3b/aa). Ein Abzug hat jedoch nicht automatisch, sondern nur dann zu erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 80 E. 5b/aa in fine). Besteht Anlass für einen Abzug, so ist dieser unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 301 E. 5.2, 126 V 80 E. 5b/bb-cc).

6.5.2 Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer letzten Stellungnahme vom 28. Mai 2013 zutreffend festhält, kommt vorliegend ein Abzug vom Tabellenlohn lediglich auf Grund eines zusätzlich erforderlichen erhöhten Pausenbedarfs in Frage. Ein solcher kann nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn in gleicher Weise wie etwa ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise berücksichtigt werden (Urteil M. des Bundesgerichts vom 25. Juli 2011, 8C_260/2011, E. 5.4 mit Hinweisen). Im Lichte dieser Rechsprechung und der vorliegend massgebenden gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung erscheint es angebracht, der Versicherten einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 % zu gewähren. Allfällige Kriterien für die Vornahme eines weitergehenden Abzuges sind nicht ersichtlich, weshalb sich ein solcher - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - nicht begründen lässt.

6.5.3 Kürzt man den vorstehend ermittelten Tabellenlohn von Fr. 74'564.-- um 5 %, so ergibt dies für die Beschwerdeführerin ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 70'836.-- (Fr. 74'564.-- x 95 %).

6.6 Stellt man im Einkommensvergleich dieses Invalideneinkommen von Fr. 70'836.-- dem oben (vgl. E. 6.2 hiervor) ermittelten Valideneinkommen von Fr. 94'188.-- gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 23’352.--, was einen Invaliditätsgrad von 24,79 % bzw. gerundet (vgl. zur Rundungspraxis BGE 130 V 121 ff.) von 25 % ergibt. Als Zwischenergebnis ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25 % basierende Invalidenrente der Beschwerdegegnerin hat.

7.1 Zu prüfen ist schliesslich die Festsetzung des für die Berechnung der Rente massgebenden versicherten Verdienstes (Art. 15 Abs. 1 UVG). Nach der Grundregel von Art. 15 Abs. 2 UVG und Art. 22 Abs. 4 Satz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 gilt als versicherter Verdienst der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall erzielte Lohn. Der Bundesrat hat gestützt auf die Delegationsnorm von Art. 15 Abs. 3 Satz 3 UVG in Art. 24 UVV unter dem Titel "Massgebender Lohn für Renten in Sonderfällen" ergänzende Vorschriften erlassen. So hält Abs. 2 der genannten Verordnungsbestimmung fest, dass in den Fällen, in denen die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall beginnt, derjenige Lohn massgebend ist, den die versicherte Person ohne den Unfall im Jahre vor dem Rentenbeginn bezogen hätte, sofern er höher ist als der letzte vor dem Unfall erzielte Lohn.

7.2 Die Beschwerdegegnerin errechnete den versicherten Verdienst nach der Grundregel von Art. 15 Abs. 2 UVG und Art. 22 Abs. 4 Satz 1 UVV. Sie ging demnach vom Lohn aus, den die Versicherte innerhalb eines Jahres vor dem Unfall (November 2001 bis Oktober 2002) tatsächlich erzielt hatte und gelangte so - unter Berücksichtigung der seitherigen Nominallohnentwicklung - auf einen Betrag von Fr. 92'877.--. Demgegenüber beruft sich die Beschwerdeführerin auf die Sonderbestimmung von Art. 24 Abs. 2 UVV, da in ihrem Fall die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall beginne. Laut Lohnausweis der B.____ AG habe sie im Jahr 2002 einen Jahreslohn von Fr. 84'363.-- erzielt. Unter Berücksichtigung der seitherigen Nominallohnentwicklung ergebe dies für das laut Art. 24 Abs. 2 UVV massgebende Jahr vor dem Rentenbeginn (2009) einen Verdienst von Fr. 93’071.--. Da dieser höher sei als der von der Beschwerdegegnerin nach der Grundregel von Art. 15 Abs. 2 UVG und Art. 22 Abs. 4 Satz 1 UVV ermittelte Verdienst von Fr. 92'877.-- sei der nach der Sonderbestimmung von Art. 24 Abs. 2 UVV errechnete Betrag von Fr. 93'071.-- für den versicherten Verdienst massgebend. Diese Auffassung der Beschwerdeführerin und die ihr zugrunde liegende Berechnung treffen zu. Der für die Ermittlung der Rentenhöhe massgebende versicherte Verdienst der Beschwerdeführerin ist demnach auf Fr. 93'071.-- festzusetzen.

8. Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG werden der Rentenbezügerin nach Festsetzung der Rente Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13 UVG) gewährt, wenn sie zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf. In der Rentenverfügung vom 13. Dezember 2010 hat die Beschwerdegegnerin auf diesen gesetzlichen Heilbehandlungsanspruch hingewiesen. In der Folge beantragte die Versicherte in ihrer Einsprache, die zu übernehmenden Behandlungen seien in einem festgelegten Katalog für eine unbefristete Dauer definitiv zu fixieren. Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Juni 2011 lehnte die Beschwerdegegnerin dieses Begehren mit der Begründung ab, es müsse dem Unfallversicherer unbenommen sein, die künftigen Heilbehandlungen regelmässig und ohne

Vornahme einer formalisierten Revision fortwährend im Einzelnen zu überprüfen. In der vorliegenden Beschwerde ersucht die Versicherte wiederum um eine klare, in Verfügungsform vorzunehmende Umschreibung des Umfangs des künftigen Heilbehandlungsanspruchs. Dieser Antrag der Beschwerdeführerin ist ohne Weiteres abzuweisen, wobei zur Begründung vollumfänglich auf die vorstehend erwähnten, im angefochtenen Einspracheentscheid enthaltenen Ausführungen der Beschwerdegegnerin zu dieser Frage verwiesen werden kann. Dazu kommt, dass es der Versicherten auch an einem schutzwürdigen Interesse am Erlass einer entsprechenden (Feststellungs-) Verfügung fehlt. Ein solches Interesse ist nach der Rechtsprechung zu bejahen, falls die versicherte Person wegen der Ungewissheit über den Bestand und den Umfang ihrer Rechte Gefahr laufen würde, nachteilige Dispositionen zu treffen (BGE 125 V 24 E. 1b). Vorliegend ist aber ein solches Risiko, wie auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung zutreffend geltend macht, nicht ersichtlich.

9. Zusammenfassend ist nach dem Gesagten folgendes Ergebnis festzuhalten: Die Beschwerde der Versicherten ist in dem Sinne gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2011 aufzuheben und festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Dezember 2010 Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 93'071.-- hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

10. Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden.

10.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben.

10.2.1 Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 ff. entschieden hat, sind in den Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der Begutachtung durch eine medizinische Abklärungsstelle der IV (MEDAS) den IV-Stellen aufzuerlegen und nach der tarifvertraglichen Regelung zu berechnen. Die Vergütung der Kosten von MEDAS-Abklärungen als Gerichtsgutachten durch die IV-Stelle sei mit Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar, da der Versicherungsträger gemäss dieser Bestimmung bei Nichtanordnen einer Massnahme deren Kosten dennoch zu übernehmen habe, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich gewesen seien oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen gebildet hätten (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2).

10.2.2 Diese Erwägungen des Bundesgerichts betreffen die Vergütung der Kosten von MEDAS-Abklärungen als Gerichtsgutachten durch die IV-Stellen. Sie gelten indes, wie das Bundesgericht nunmehr im Entscheid 139 V 225 ff. klargestellt hat, sinngemäss auch für Gerichtsgutachten, welche das kantonale Gericht bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit in einem Verfahren der Unfallversicherung anstelle einer Rückweisung selber einholt, sind doch sowohl im Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung wie auch in demjenigen der Unfall-

versicherung grundsätzlich dieselben Verfahrensbestimmungen, namentlich Art. 43-49 ATSG massgebend (vgl. 138 V 322 E. 6.1.2). Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können somit dem Unfallversicherer auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind, und zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (BGE 139 V 226 f. E. 4.3 mit Hinweis).

10.2.3 Vorliegend war das Gericht anlässlich seiner ersten Urteilsberatung vom 24. November 2011 zum Ergebnis gelangt, dass ein Entscheid in der Angelegenheit gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Aus Gründen der Verfahrensfairness erachtete das Gericht damals eine Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin als nicht opportun, sondern es entschied sich stattdessen, die erforderliche zusätzliche Abklärung des medizinischen Sachverhaltes im Rahmen eines Gerichtsgutachtens vornehmen zu lassen. Wie sich anlässlich der heutigen Urteilsberatung gezeigt hat, war das in der Folge eingeholte Gerichtsgutachten der Klinik H.____ vom 28. Januar 2013 für eine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs der Versicherten unerlässlich. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind demnach die Kosten dieses Gutachtens, welche sich gemäss eingereichter Honorarrechnung auf Fr. 20'746.05 belaufen, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

10.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 3. Juni 2013 für das vorliegende Verfahren nebst Auslagen von Fr. 464.85, welche zu keinen Beanstandungen Anlass geben, einen ausserordentlich hohen Zeitaufwand von insgesamt 51,65 Stunden geltend gemacht. Der vorliegende Prozess war zwar im Vergleich zu einem durchschnittlichen unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren deutlich aufwändiger, galt es doch bereits bis zur ersten Urteilsberatung vom 24. November 2011 eine beträchtliche Zahl an ärztlichen Berichten und Gutachten zu prüfen und zu würdigen. In der Folge kamen weitere, nicht unerhebliche zeitliche Bemühungen im Zusammenhang mit der Würdigung des umfangreichen Gerichtsgutachtens hinzu. Zu berücksichtigen gilt es sodann, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht nur der medizinische Sachverhalt, sondern auch verschiedenste Aspekte des erforderlichen Einkommensvergleichs und die Höhe des massgebenden versicherten Verdienstes strittig waren, was diesbezüglich zu weiteren tatsächlichen und rechtlichen Erörterungen Anlass gab. Nichtsdestotrotz muss der ausgewiesene Zeitaufwand von 51,65 Stunden - vor allem auch im Quervergleich zu anderen aufwändigen Beschwerdeverfahren - als deutlich zu hoch bezeichnet werden. Der geltend gemachte Aufwand muss daher aus Gründen der Rechtsgleichheit angemessen gekürzt werden. Insgesamt rechtfertigt es sich, vorliegend bei der Bemessung des Honorars von einem angemessenen Zeitaufwand von 25 Stunden auszugehen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken - und nicht zu dem vom Rechtsvertreter geltend gemachten Ansatz von 300 Franken - zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der

Höhe von Fr. 7'252.05 (25 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 464.85 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Basler Versicherung AG vom 21. Juni 2011 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Dezember 2010 Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 93'071.-- hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Kosten der gerichtlichen Begutachtung in der Höhe von Fr. 20'746.05 werden der Basler Versicherung AG auferlegt.

4. Die Basler Versicherung AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 7'252.05 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.