

# **BL\_GERICHTE 725 20 141/241 vom 5. Juni 2019**

BL Gerichte, 2019-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_20\\_141\\_241](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_20_141_241)

FR: BL\_GERICHTE 725 20 141/241 du 5 juin 2019

IT: BL\_GERICHTE 725 20 141/241 del 5 giugno 2019

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 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 befindet sich dieser in E.\_\_\_\_, 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 des Versicherten vom 1. April 2020 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

### **E. 3**

Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Suva zu Recht gestützt auf den Kreisarztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 15. Mai 2019 von einem medizinischen Endzustand ausgegangen ist und die vorübergehenden gesetzlichen Leistungen per 31. Juli 2019 eingestellt hat. Das Sozialversicherungsgericht stellt dabei auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt ab, vorliegend also auf den 12. März 2020. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 144 V 213 E. 4.3.1,

130 V 140 E. 2.1). Sie sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2007, 9C\_101/2007, E. 3.1 und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.1).

4.1 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. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung), namentlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt (lit. a). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

4.2 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2).

4.3 Die vorübergehenden Leistungen wie Tagelder und Heilbehandlung hat der Unfallversicherer - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was darunter zu verstehen ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen). Kommt der Versicherungsträger hingegen zum Schluss, dass eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nicht mehr zu einer nennenswerten Besserung führt, oder hält er eine Behandlung, die vom Versicherten oder seinem Arzt vorgeschlagen worden ist, für unzweckmässig, kann er gestützt auf Art. 48 UVG die Fortsetzung der Behandlung ablehnen. Ein Anspruch auf weitere medizinische Behandlung besteht somit nur, wenn damit eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann. Hingegen verleihen weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats wegen der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung noch ein geringfügiger therapeutischer Fortschritt, der von weiteren Massnahmen erwartet wird, Anspruch auf die Durchführung der Massnahmen. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen

beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2014, 8C\_836/2013, E. 4.3). Nicht notwendig für den Fallabschluss ist hingegen, dass keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.2.2). Ist ein Endzustand eingetreten, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG).

4.4 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustands - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit Hinweisen).

4.5 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, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.6 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine

versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

## **E. 5**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Bleiben erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C\_364/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6.1 Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen zahlreiche ärztliche und weitere Unterlagen vor, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Nachfolgend werden jedoch nur die für den vorliegenden Fall entscheiderelevanten Berichte aufgeführt.

6.2 Gemäss Bericht der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 28. März 2019 zeige sich in der aktualisierten Magnetresonanztomographie (MRI) bei Zustand nach Revisions-HKB-Ersatzplastik viel Narbengewebe, jedoch ein soweit gutes Transplantat und eine gute Kniegelenksstellung. Es werde Muskelaufbau, Physiotherapie, Wassergymnastik und eine Ganganalyse empfohlen.

6.3 Am 15. Mai 2019 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte einen Status nach Distorsionstrauma des linken Kniegelenks am 10. März 2016. Aktuell bestünden teils Ruhebeschwerden, welche durch die Belastung des linken Kniegelenks verstärkt würden, eine Funktionseinschränkung des linken Kniegelenks sowie ein Muskeldefizit im linken Oberschenkel. Aus rein medizinischer Sicht sei die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Es laufe noch eine Serie Stosswellentherapie und eine umfangreiche physikalische Behandlung. Er empfehle, die Stosswellentherapie wie geplant weiterzuführen und auch die physikalische Behandlung mindestens bis ein Jahr nach dem letzten Eingriff - also bis gut Mitte Juli 2019 - fortzuführen. In Bezug auf die Zumutbarkeit werde sich allerdings keine namhafte Veränderung mehr ergeben. Das Ergebnis sei nach einer komplexen Knieverletzung links und mehrfachen Operationen bzw. Revisionsoperationen nicht gut. Die bisherige Tätigkeit als Schaler auf der Baustelle sei nicht mehr zumutbar. Dem Versicherten seien aber leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten ganztags zumutbar, wobei der Anteil des Sitzens mit etwa 70% (oder mehr) anzustreben sei. Klettern auf Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten in der Hocke oder im Knien oder auf unebenem Gelände seien nicht möglich.

6.4 Die Klinik Z.\_\_\_\_ hielt im Sprechstundenbericht vom 16. Januar 2020 fest, dass eine erneute ligamentäre Stabilisation bei bereits zweimaligem Versagen mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Benefit bringe. Bei vorhandenen diffusen Knorpelschäden in allen Kniekompartimenten komme operativ nur eine Knietotalprothese in Frage, wobei es angesichts des Alters des Patienten gelte, dies hinauszuzögern. Prinzipiell bleibe die Situation für den Patienten insbesondere in beruflicher Hinsicht schwierig, da körperliches Arbeiten mit längerem Stehen oder Tragen von Gewichten nicht möglich sei. Ideal wären sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, zwischenzeitlich aufzustehen.

6.5 Im Sprechstundenbericht der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 20. März 2020 wurde als Hauptdiagnose eine posttraumatische Gonarthrose bei Status nach arthroskopisch assistierter

Revisions-HKB-Ersatzplastik links angegeben. Die Ehefrau des Beschwerdeführers habe berichtet, dass die Infiltration nur einige Wochen angehalten habe und die Beschwerden und Einschränkungen im Alltag sehr gross seien. 6.6 Im Bericht des Zentrums für D.\_\_\_\_ wurde betreffend das linke Kniegelenk eine intakte HKB Rekonstruktion mit mässigen ödemäquivalenten Signalveränderungen des Knochenmarks, eine mittelgradige Chondropathie mit ausgedünntem Knorpel und multiplen Knorpelfissuren und ein Defekt im Hinterhorn des medialen Meniskus festgestellt. 6.7 In der Klinik G.\_\_\_\_ wurde nach erstmaliger Konsultation vom 28. April 2020 und bekannten Diagnosen am 19. Mai 2020 eine ultraschallgesteuerte diagnostische Infiltration am Nervus saphenus links durchgeführt. 6.8 Wie aus dem Sprechstundenbericht der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2020 zu entnehmen ist, habe die Infiltration nur zwei Wochen eine positive Wirkung erbracht. Eine erneute Rekonstruktion ligamentär sei wenig erfolgsversprechend. Auch die Läsion der medialen Meniskushinterhorn-Wurzel könne arthroskopisch nicht behandelt werden. Das Einsetzen eines künstlichen Gelenks könne nur diskutiert werden, wenn in Zukunft die Arthrose zunehmen würde. 7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. März 2020 bei der Beurteilung der Frage, ob der medizinische Endzustand erreicht sei, auf den Bericht des Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2019. Sie ging demgemäss davon aus, dass der medizinische Endzustand Ende Juli 2019 erreicht war. Zwar ist Dr. F.\_\_\_\_ zum Schluss gekommen, dass das Ergebnis nach einer komplexen Knieverletzung links und mehrfachen Operationen bzw. Revisionsoperationen nicht gut sei. Dieser Umstand bedeutet allerdings nicht, dass mit einer weiteren Behandlung noch erhebliche Verbesserungen erzielt werden können. Andere ärztliche Einschätzungen, die bezüglich des Endzustands auch nur geringe Zweifel auslösen könnten, liegen nicht vor. Die behandelnden Ärzte stimmen mit der kreisärztlichen Beurteilung denn auch insofern überein, als keine weiteren medizinischen Optionen zur Verbesserung des Gesundheitszustands angeboten werden können. Demnach kann hinsichtlich der Beurteilung des medizinischen Endzustands vollumfänglich auf die Feststellungen von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden. Infolgedessen hat die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden gesetzlichen Leistungen zu Recht per 31. Juli 2019 eingestellt und die Rentenprüfung vorgenommen. 7.2 Auch die kreisärztliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit, wonach dem Versicherten leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten zu 100% zumutbar sind, überzeugt. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.6 hiervor), sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend ergibt sich nichts, was Zweifel an der Stichhaltigkeit der Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ wecken würde. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse der kreisärztlichen Beurteilung beruhen auf einer persönlichen Untersuchung des Versicherten und auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Die Beurteilung des Kreisarztes erweist sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Bei dieser Sachlage kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte EFL verzichtet und davon ausgegangen werden, dass dem Versicherten angepasste Verweistätigkeiten zu 100% zumutbar sind. 8.1 Zu prüfen sind die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

8.2 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 325 E. 4.1). Vorliegend kann davon ausgegangen werden, dass der Versicherte im Gesundheitsfall weiterhin in seiner bisherigen Anstellung tätig wäre. Laut Angaben der C.\_\_\_\_ AG hätte er im Jahr 2019 ein Jahresgehalt von Fr. 74'566.-- erzielt. Die Suva hat dem Einkommensvergleich diesen Betrag als Valideneinkommen zu Grunde gelegt, was sich nach dem Gesagten als richtig erweist und auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wird.

8.3 Da der Versicherte nach dem Unfallereignis keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hatte, zog die Suva für die Bemessung des (hypothetischen) Invalideneinkommens zu Recht die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) bei (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2). Dabei stellte sie auf die LSE 2016, TA1, privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Männer, Total ab. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden und Anpassung an die geschlechts- und branchenübliche Nominallohnentwicklung errechnete sie für das Jahr 2019 - nach Vornahme eines leidensbedingten Abzugs von 5% - ein Invalideneinkommen von Fr. 64'356.--.

8.4 Gegen diese Berechnung bringt der Beschwerdeführer einzig vor, dass der leidensbedingte Abzug von 5% zu tief veranschlagt worden sei. Er sei ungeschult und beherrsche nur seine Muttersprache. Zudem solle seine zumutbare Tätigkeit zu 70% oder mehr sitzend verübt werden und die Schmerz- und Beschwerdesituation sei komplex.

8.4.1 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 146 V 19 E. 4.1, 142 V 181 E. 1.3, 124 V 322 E. 3b/aa). So drängt sich ein Abzug aufgrund funktioneller Einschränkungen dann auf, wenn sie ihrer Natur nach nicht ohne Weiteres mit den Anforderungen vereinbar sind, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen in einer leidensangepassten Tätigkeit ergeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juli 2008, 9C\_119/2008, E. 2.3.1). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 79 E. 5b/aa; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2020, 9C\_226/2020, E. 5.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 146 V 20 E. 4.1, 135 V 302 E. 5.3, 126 V 80

E. 5b/bb). Das Gericht darf dabei sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6, 123 V 152 E. 2). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 18. August 2020, 9C\_439/2020, E. 4.5.3 und vom 21. September 2010, 9C\_748/2009, E. 4.1.2, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91).

8.4.2 Die vorliegend geltend gemachten mangelhaften Sprachkenntnisse sind bereits durch die Verwendung der Tabellenlöhne Kompetenzniveau 1 abgegolten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2016, 8C\_469/2016, E. 4.3.3). Auch die Nationalität und die Ausländerkategorie rechtfertigen keinen Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2018, 8C\_610/2017, E. 4.4). Weil der Versicherte ein volles Pensum ausüben kann, kommt auch ein Abzug wegen Teilzeit nicht in Frage. Es verbleiben die Art und das Ausmass der Behinderung, welche zu betrachten sind. Der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, ist auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 15. Oktober 2020, 8C\_433/2020, E. 8.2.2, vom 8. Januar 2019, 8C\_334/2018, E. 5.2.2, vom 6. Oktober 2017, 8C\_439/2017, E. 5.5 und vom 29. Dezember 2016, 9C\_497/2016, E. 5.4.2, je mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt - welcher insbesondere sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, an welchem Arbeitnehmer mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitsgebers rechnen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2018, 9C\_294/2017, E. 5.4.2, in: SVR 2018 IV Nr. 60 S. 195) - als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Juli 2018, 8C\_297/2018, E. 3.5 und vom 14. Juni 2018, 8C\_91/2018, E. 5.3). Die Rechtsprechung gewährt darum insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 146 V 20 E. 4.1, 126 V 78 E. 5a/bb). Im vorliegenden Fall kommt ein leidensbedingter Abzug in Betracht, weil der Versicherte nur noch vorwiegend im Sitzen arbeiten kann. Die Beschwerdegegnerin hat diese Einschränkung mit einem Abzug von 5% berücksichtigt. Ein höherer Abzug als 5% kommt mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung in vergleichbaren Fällen nicht in Frage. Daran vermag auch das vom Beschwerdeführer geltend gemachte stetige Auf und Ab der Beschwerden und Schmerzen sowie der Einwand, dass er auf dem ersten Arbeitsmarkt gar nicht einsetzbar und als Arbeitsloser nicht vermittlungsfähig wäre, nichts zu ändern. Denn bei einer angepassten körperlich leichten Beschäftigung belastet er sein linkes Knie nicht übermässig. Daher kann nicht von einer instabilen Situation ausgegangen werden.

8.5 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Suva beim Versicherten das Valideneinkommen auf Fr. 74'566.-- und das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 64'356.-- festgesetzt hat. Stellt man diese Zahlen im Einkommensvergleich einander gegenüber, so resultiert daraus, wie die Suva zutreffend errechnet hat, ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von - gerundet - 14%. Die Suva hat dem Versicherten daher zu Recht eine auf diesem Invaliditätsgrad beruhende Invalidenrente zugesprochen.

9.1 Zu prüfen bleibt die Integritätsentschädigung. Weil die Frage der Einstellung der

vorübergehenden gesetzlichen Leistungen strittig ist, ist entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 17. September 2019 hinsichtlich der Integritätsentschädigung nicht in (Teil-) Rechtskraft erwachsen. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Satz 2).

9.2 Laut Art. 25 Abs. 1 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft, wobei sie den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen darf. Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a; Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet.

9.3 Für die im Anhang 3 genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59 herausgegebenen Tabellen (teilweise geändert und ergänzt in den Mitteilungen Nr. 60, 62 und 66) sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a mit Hinweis).

9.4 Bei der Bestimmung des Schweregrads einer gesundheitlichen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Tatfrage, für deren Beantwortung Verwaltung und Gerichte auf fachärztliche Mithilfe angewiesen sind. Dem Gericht ist es nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selber vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen offen gelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt und von einem medizinischen Laien eine zuverlässige Zuordnung nicht erwartet werden kann. Die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen obliegt somit den ärztlichen Sachverständigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2007, U 121/06, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

9.5 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 20% zu. Sie stützte sich dabei auf die entsprechende Beurteilung von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2019. Der Kreisarzt veranschlagte aufgrund der Schädigung des Kniegelenks, welche mit einer mässigen Pangonarthrose des Kniegelenks im mittleren Bereich vergleichbar sei, einen Integritätsschaden von 20%. Dabei stützte er sich auf die Suva-Tabelle 5, wonach mässiggradige Pangonarthrosen mit 10-30% bewertet werden. Damit ist die Festsetzung der Integritätsentschädigung durch die Beschwerdegegnerin basierend auf einer Integritätseinbusse von 20% nachvollziehbar und begründet.

Anhaltspunkte, welche gegen die Richtigkeit der Schätzungsgrundlage sprechen, liegen nicht vor und werden vom Beschwerdeführer nicht substantiell dargetan.

#### **E. 10**

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Berichte ihres Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_\_ abgestellt und dem Beschwerdeführer für die verbleibenden Beschwerden eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 14% sowie eine Integritätsentschädigung von 20% zugesprochen hat. Demnach ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. März 2020 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

#### **E. 11**

Abschliessend bleibt über die Kosten des vorliegenden Verfahrens zu befinden. 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 das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend wird dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG). Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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