

# **BL\_GERICHTE 725 2022 128 / 18 vom 26. Januar 2023**

BL Gerichte, 2023-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_2022\\_128\\_18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2022_128_18)

FR: BL\_GERICHTE 725 2022 128 / 18 du 26 janvier 2023

IT: BL\_GERICHTE 725 2022 128 / 18 del 26 gennaio 2023

## **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 Y., 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 vom 2. Mai 2022 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Streitig ist der Leistungsanspruch des Versicherten. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 30. März 2022 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2). Der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ist mangels Anfechtung in (Teil-)Rechtskraft erwachsen und deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. 3.1 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). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls 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 Verdiensts. 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente,

wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3). Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2021, 8C\_102/2021, E. 6.1 mit Hinweisen).

3.2 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). Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfs oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden. Ohne aufwändige Abklärungen im psychischen Bereich darf aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse, davon ausgegangen werden, dass ein banaler bzw. leichter Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Hier mangelt es dem Unfallereignis offensichtlich an der erforderlichen Schwere, welche allgemein geeignet wäre, zu einer psychischen Fehlentwicklung beispielsweise in Form einer reaktiven Depression zu führen. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass bei dieser Gruppe von Unfällen wegen der Geringfügigkeit des Unfallereignisses auch der psychische Bereich nur marginal tangiert wird. Treten entgegen jeder Voraussicht dennoch nennenswerte psychische Störungen auf, so sind diese mit Sicherheit auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen wie z.B. die ungünstige konstitutionelle Prädisposition. Unter solchen Umständen ist der Unfall nur eine Schein- oder Gelegenheitsursache für die psychischen Störungen (BGE 115 V 133 E. 6a).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 4.2 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 kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5).

## **E. 5**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG 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 Untersuchungs-pflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

6.2. Am 10. Juni 2021 berichtete der behandelnde Arzt Dr. med. D., FMH Allgemeine Innere Medizin, dass beim Versicherten wegen der Folgen des Unfalls vom 23. Juli 2018 eine engmaschige Psychotherapie vorgenommen worden sei. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass von April 2019 bis Dezember 2019 insgesamt sechzehn Psychotherapiesitzungen durchgeführt wurden. Zudem hielt Dr. D. fest, dass dem Versicherten wegen der Schlafstörungen (zufolge der Ängste, der Panikattacken und der Albträume) und der Schmerzen diverse Medikamente verabreicht würden.

6.3 Im Bericht vom 14. Oktober 2021 hielt der behandelnde Arzt Dr. med. E., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, fest, dass er lediglich die somatische Arbeitsfähigkeit beurteilen könne. Dem Versicherten sei die bisherige Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr zumutbar. Für angepasste Tätigkeiten (wechselbelastend, überwiegend sitzend, keine Arbeit auf Leitern etc. und ohne starke Belastung) könne nach einer Angewöhnungszeit eine Arbeitsfähigkeit diskutiert werden.

6.4 Am 17. November 2021 berichtete Dr. E., dass es dem Versicherten ein Jahr nach der Hüft-Transplantation gut gehe. Er habe wieder Kraft und in der Hüfte keine Schmerzen mehr. Lediglich nach schwerer körperlicher Arbeit fühle er eine gewisse

Symptomatik im Hüftbereich. Rückenbeschwerden beständen ebenfalls nicht mehr. Der Versicherte sei in seinem bisherigen Beruf als Bauarbeiter vollständig arbeitsunfähig. 6.5 Der Kreisarzt Dr. med. F. , Facharzt für Chirurgie, hielt am 1. Dezember 2021 fest, dass unter Berücksichtigung des Sprechstundenberichts von Dr. E. vom 17. November 2021 der Endzustand als erreicht postuliert werden könne. Ein Jahr nach Implantation einer Hüft-Totalprothese links habe der Versicherte wieder Kraft und keine Schmerzen in der Hüfte mehr. Von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung der Unfallfolgen zu erwarten. Dem Versicherten seien wechselbelastende mittelschwere Tätigkeiten ohne regelmässiges Treppensteigen und ohne regelmässige Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder auf unebenem Grund ganztags zumutbar. Regelmässige Beschäftigungen in Zwangshaltungen (hockend, kauend, kniend) und Tätigkeiten mit regelmässigen Vibrationen, Schlägen oder Stössen seien zu vermeiden. 7.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. März 2022 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit des Versicherten auf den Bericht des Kreisarztes Dr. F. vom 1. Dezember 2021. Sie ging in der Folge davon aus, dass ein Jahr nach der Hüft-Totalprothese keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei und dem Versicherten angepasste Verweistätigkeiten ganztags zumutbar seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.2 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 indes nichts, was Zweifel an der Stichhaltigkeit der Angaben des Kreisarztes Dr. F. wecken würde. Seine Beurteilung beruht auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten und erweist sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Insgesamt erfüllt sie die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist. Demnach war hinsichtlich der Hüftbeschwerden der medizinische Endzustand erreicht. Es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit auf dem Bau unfallbedingt nicht mehr möglich ist. Angepasste Verweistätigkeiten sind ihm hingegen ganztags zumutbar. 7.2. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfängt nicht. Soweit er unter Hinweis auf das frühere Unfallereignis vom 23. Juli 2018 sowie die Berichte der behandelnden Ärzte Dres. D. und E. vom 10. Juni 2021 und 14. Oktober 2021 geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe es in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unterlassen, seinen psychischen Gesundheitszustand abzuklären, kann ihm nicht beigespflichtet werden. Zwar bestätigte Dr. D. , dass wegen der Folgen des früheren Unfalls vom 23. Juli 2018 eine Psychotherapie durchführt und Medikamente abgegeben worden seien. Diese Behandlung wurde aber abgeschlossen und Dr. D. attestierte dem Versicherten hinsichtlich der psychischen Beschwerden des Unfalls vom 23. Juli 2018 ab dem 1. Januar 2020 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (vgl. Schreiben von Dr. D. vom 3. Februar 2020, act. 36). Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer in der Folge eine unfallversicherungsrechtlich relevante psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit aufgewiesen hätte, sind aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht ausgewiesen. Zudem handelte es sich beim Ereignis vom 4. Dezember 2019 (Sturz mit dem Fahrrad) um einen leichten Unfall, der nicht geeignet war, einen (invalidisierenden) psychischen Gesundheitsschaden

zu verursachen resp. zu einer psychischen Fehlentwicklung beispielsweise in Form einer reaktiven Depression zu führen (vgl. E. 3.2 hiavor). Vor diesem Hintergrund ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 relevante psychische Beschwerden bestanden, weshalb die Beschwerdegegnerin – ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen – auf weitere Abklärungen verzichten durfte. In somatischer Hinsicht stellte der Beschwerdeführer die Beurteilung des Kreisarztes Dr. F. vom 1. Dezember 2021, wonach ein Jahr nach Implantation der Hüft-Totalprothese nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung der Unfallfolgen gerechnet werden konnte und dem Beschwerdeführer angepasste Verweistätigkeiten ganztags zumutbar seien, zu Recht nicht in Frage. Soweit der Beschwerdeführer rügt, die Beschwerdegegnerin hätte die Rentenprüfung erst nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen durch die IV vornehmen dürfen, ist ihm entgegenzuhalten, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Dezember 2021 keine IV-Eingliederungsmassnahmen durchgeführt wurden oder in Aussicht waren (vgl. dazu die Aktennotiz vom 18. November 2021, wonach nach Auskunft der Sachbearbeiterin der IV-Stelle keine Kostengutsprache für berufliche Massnahmen erteilt worden sei; act. 165). Gegenteiliges ist aus den Akten nicht ersichtlich. Demnach waren die Voraussetzungen für den Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 3.1 hiavor) gegeben. 8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 18 Abs. 2 UVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). 8.2.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: 1. Januar 2022) aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte. Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich festzusetzen. Da nach empirischer Erfahrung in der Regel ohne gesundheitliche Beeinträchtigung die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2020, 9C\_109/2020, E. 2.2.2). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweisen). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar oder hätte die versicherte Person ihre bisherige Stelle auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung verloren, so können die Zahlen der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik (BfS) herangezogen werden (Urteile des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1 und vom 9. Juni 2015, 9C\_212/2015, E. 5.4). 8.2.2.

Da das Arbeitsverhältnis bei der B. AG aus invaliditätsfremden Gründen beendet wurde, ermittelte die Suva das Valideneinkommen im angefochtenen Einspracheentscheid aufgrund der Tabellenlöhne (LSE 2018, TA1, Wirtschaftszweige 41-43 [Baugewerbe], Männer, Kompetenzniveau 1) und errechnete für das Jahr 2018 einen an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden angepassten Lohn von Fr. 70'332.-- (Fr. 5'622.-- : 40 x 41,7 x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2022 resultierte ein massgebendes Jahreseinkommen von Fr. 71'676.05. Dem hält der Beschwerdeführer entgegen, dass aufgrund seiner langjährigen Berufserfahrung das Kompetenzniveau 2 angewendet werden müsse und das Valideneinkommen demnach Fr. 75'630.75 betrage. 8.2.3 Diesem Ansinnen des Beschwerdeführers kann nicht beigeplichtet werden. Zwar können Versicherte ohne (qualifizierte) Berufsausbildung, aber mit in langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichen Geschick grundsätzlich in einem höheren Kompetenzniveau eingestuft werden (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2011, 9C\_800/2011, E. 2.3.2, und vom 13. Dezember 2010, 8C\_439/2010, E. 3.3.3). Allerdings hat das Bundesgericht festgehalten, dass eine mehrjährige Berufserfahrung zwar nicht ausser Acht zu lassen sei, heutzutage indessen in den meisten Berufssparten ein Abschluss oder zumindest (formalisierte) Aus- und Weiterbildungen verlangt würden, was wiederum gegen eine höhere Einstufung spreche (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2011, 9C\_800/2011, E. 2.3.2, und vom 23. Juni 2010, 9C\_837/2009, E. 3.4). Vorliegend verfügt der Beschwerdeführer weder über einen Berufsabschluss noch über allfällige formale Weiterbildungen oder andere erworbene besondere Qualifikationen. Anzeichen für ein berufliches Fortkommen und eine entsprechende Lohnsteigerung (z.B. eine geplante oder begonnene Weiterbildung oder ein konkretes Stellenangebot im Unfallzeitpunkt) liegen ebenfalls nicht vor. Vielmehr spricht die Tatsache, dass er bei der B. AG lediglich temporär angestellt war, gegen die Annahme einer fortschreitenden beruflichen Etablierung. Vor diesem Hintergrund vermag seine Berufserfahrung die Einstufung in das Kompetenzniveau 2 für sich allein nicht zu rechtfertigen. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer während seiner gesamten beruflichen Laufbahn nie auch nur annähernd ein Einkommen von Fr. 75'630.75 erzielte, wie dem in den Akten liegenden IK-Auszug (vgl. act. 96) zu entnehmen ist. Das im angefochtenen Einspracheentscheid ermittelte Valideneinkommen aufgrund des Kompetenzniveaus 1 von Fr. 71'676.05 ist demnach nicht zu beanstanden. 8.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind für die Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (BGE 143 V 295 E. 2.2). Einer erschwerten Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit kann dabei allenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass auf einen anderen als auf den durchschnittlichen Lohn in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors ("Total") abgestellt wird (BGE 129 V 472 E. 4.3.2). Diese Ausnahmeregelung

kommt aber nur dann zum Zug, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit derart enge Grenzen gesetzt sind, dass praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten Wirtschaftszweigs ausser Betracht fallen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2006, I 295/06, E. 3.2.1). 8.3.2 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, weshalb auch für die Bemessung des Invalideneinkommens auf lohnstatistische Werte der LSE abzustellen ist. Die Beschwerdegegnerin ging innerhalb der TA1 der LSE 2018 vom "Total" der Männerlöhne im Kompetenzniveau 1 und somit von einem Monatslohn von Fr. 5'417.-- aus. Angepasst an die Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden ergibt dies ein Invalideneinkommen von jährlich Fr. 67'766.65 (Fr. 5'417.-- : 40 x 41,7 x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2022 resultierte ein Jahreseinkommen von Fr. 69'061.50. Der Beschwerdeführer beanstandet dieses Vorgehen. Er vertritt die Auffassung, dass ihm beschwerdebedingt und aus sprachlichen Gründen nicht alle Wirtschaftszweige offenstehen, weshalb für die Ermittlung des Invalideneinkommens die Tabelle TA1, Ziff. 77-82 (sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen), Kompetenzniveau 1, Männer (Fr. 4'767.--), massgebend sei. 8.3.3 Unbestritten ist, dass dem Beschwerdeführer schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar sind. Nach der massgebenden Beurteilung des Kreisarztes Dr. F. vom 1. Dezember 2021 (E. 6.5 hiervor) sind ihm aber wechselbelastende mittelschwere Tätigkeiten ohne regelmässiges Treppensteigen und ohne regelmässige Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder auf unebenem Grund ganztags zumutbar, wobei regelmässige Beschäftigungen in Zwangshaltungen (hockend, kauern, kniend) und Tätigkeiten mit regelmässigen Vibrationen, Schlägen oder Stössen zu vermeiden sind. Bei diesem Tätigkeitsprofil kann nicht gesagt werden, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf den Dienstleistungssektor beschränkt. Zwar ist er angesichts seines gesundheitsbedingt erschwerten Zugangs zum Arbeitsmarkt sowie des eingeschränkten Anforderungsprofils nicht leicht vermittelbar. Dennoch lässt sein Gesundheitszustand resp. seine Leistungsfähigkeit einen grundsätzlichen Einsatz in allen Wirtschaftszweigen zu. Bei dieser Sachlage ist weder ersichtlich noch substantiiert dargetan, weshalb praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten Wirtschaftszweigs ausser Betracht fallen sollten. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen ausgehend vom "Total" des LSE-Tabellenlohns für Männer im privaten Sektor bestimmte und mit Fr. 69'061.50 bezifferte. 8.3.4 Wird das Invalideneinkommen anhand der LSE ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert allenfalls gekürzt werden. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6

mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3). 8.3.5 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Bemessung des Invalideneinkommens keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, dass ein solcher von mindestens 20 % angemessen sei. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Die leidensbedingten Einschränkungen sind mit dem Belastungsprofil bereits berücksichtigt und dürfen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht nochmals – als abzugsrelevant – herangezogen werden (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweis). Die Tatsache, dass dem Versicherten nur noch körperlich angepasste Arbeiten zumutbar sind, stellt aber auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit keinen Grund für einen Abzug dar, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C\_805/2016, E. 3.4.2 und vom 16. Juli 2014, 8C\_97/2014, E. 4.2). Weiter rechtfertigt der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr im Bauhauptgewerbe tätig sein kann, auch deshalb keinen Leidensabzug, weil die Beschäftigungen, die dem LSEbasierten Invalideneinkommen zugrunde liegen, weder eine Ausbildung noch Berufserfahrung voraussetzen. Ein Abzug wegen Teilzeitarbeit entfällt, da der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Was den Ausländerstatus (Aufenthaltsbewilligung B) anbelangt, ist vorliegend nicht ersichtlich, dass dieser die Möglichkeit des Beschwerdeführers erheblich schmälert, auf dem für ihn in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einem durchschnittlichen Lohn rechnen zu können (vgl. dazu LSE Tabelle TA 12). Nicht gerechtfertigt ist schliesslich ein Abzug aus sprachlichen Gründen, da diesem Umstand wie auch den schulischen und beruflichen Voraussetzungen durch die Wahl des Kompetenzniveaus 1 beim Invalideneinkommen bereits angemessen Rechnung getragen wurde. Ausserdem gibt der Beschwerdeführer in seinem Lebenslauf an, mündlich gute und schriftlich mittelgute Deutschkenntnisse zu haben. Damit kann nicht gesagt werden, er verfüge nur über rudimentäre Kenntnisse der deutschen Sprache. Andere Gründe, die für einen leidensbedingten Abzug sprechen, sind nicht ersichtlich. Folglich ist aufgrund der vorliegenden Sachlage ein leidensbedingter Abzug nicht in Betracht zu ziehen. Insgesamt ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährt hat und es besteht – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – kein Anlass, in ihr Ermessen korrigierend einzugreifen. 8.4 Stellt man im Einkommensvergleich das Invalideneinkommen von Fr. 69'061.50 dem Valideneinkommen von Fr. 71'676.05 gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'614.55, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von aufgerundet 4 % ergibt (Art. 18 Abs. 1 UVG; zur Rundungspraxis des Bundesgerichts: BGE 130 V 121). Somit hat die Suva einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente zu Recht abgelehnt.

## **E. 9**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. März 2022 nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

## **E. 10**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht ausgerichtet. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die

Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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