

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.60 vom 23. Januar 2017**

SO Obergericht, 2017-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.60](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.60)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.60 du 23 janvier 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.60 del 23 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung [recte: der Einspracheentscheid] der Beschwerdegegnerin vom 23. Januar 2017 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer unfallbedingten erwerblichen Leistungseinschränkung von mehr als 24 % und einem versicherten Verdienst von mehr als CHF 45'488.00 zuzusprechen.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Mit der Beschwerdeschrift werden zahlreiche Berichte und Zeugnisse der Klinik E.\_\_\_\_ eingereicht (Beschwerdebeilagen / BB Nr. 3 und 5 – 16). 3. Mit Eingabe vom 7. März 2017 (A.S. 32) lässt der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 24. Februar 2017 (BB Nr. 17) zu den Akten geben. 4. In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2017 (A.S. 34 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit auf diese einzutreten sei. 5. Im Rahmen der Replik vom 5. April 2017 bzw. der Duplik vom 11. Mai 2017 (A.S. 44 ff. / 52) halten die Parteien an ihrem jeweiligen Standpunkt fest.

### **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Januar 2017 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf den Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015. Es sei gestützt auf diesen beweiswertigen Bericht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Zeitpunkt des Klinikaustritts vom 10. November 2015 von einer weiteren medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen sei. Da in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliege, womit eine Steigerung derselben ausser Betracht falle, sei der vorgenommene Fallabschluss per Ende Januar 2016 nicht zu beanstanden. Da zu diesem Zeitpunkt die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung noch nicht abgeschlossen gewesen seien, sei zunächst korrekterweise eine das Taggeld ablösende Übergangsrente ausgerichtet und nach dem Abschluss der Eingliederungsmassnahmen die bisher ausgerichtete Übergangsrente zu Recht per 1. Mai 2016 durch eine definitive Rente ersetzt worden (A.S. 7 f.). Bei der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen von CHF 80'860.00 (Valideneinkommen, basierend auf den Angaben der Firma D.\_\_\_\_ AG vom 30. November 2015) und CHF 61'183.00 (Invalideneinkommen, basierend auf der Dokumentation von

Arbeitsplätzen [DAP]) erweise sich der verfügte IV-Grad von 24 % als korrekt. Für die Bestimmung des versicherten Verdienstes sei zu Recht auf den innerhalb eines Jahres vor dem Unfall vom 17. April 1993 bezogenen und an die allgemeine statistische Nominallohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsbereich angepassten Verdienst von CHF 45'488.00 abgestellt worden.

6.2 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeschrift vom 23. Februar 2017 (A.S. 18 ff.) geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe nicht sämtliche der neuen medizinischen Erkenntnisse (sehr schmerzhaftes Ansatztendinopathie Pes anserinus und Verdacht auf störendes Narbengewebe hinter Hoffa-Körper, reaktives lumbospondylogenes Schmerzsyndrom infolge Entlastungsantalgie wegen chronischen Knieschmerzen mit / bei statischer Insuffizienz der LWS und 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch E.\_\_\_\_ ausgewiesen) in ihre Beurteilung miteinbezogen, obwohl ihr diese mit der Einsprache bereits zugestellt worden seien. So habe die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit einzig auf den veralteten Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015 abgestellt (A.S. 20 ff.). Auf Grund deren gerichtsnotorischer Nähe zur Beschwerdegegnerin könne die [Klinik] G.\_\_\_\_ nicht als unabhängig bezeichnet werden. Es sei ein unabhängiges Gutachten über den heutigen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit anzuordnen. Der gesundheitliche Endzustand des Beschwerdeführers sei zudem im Zeitpunkt des Fallabschlusses per Ende Januar 2016 noch nicht eingetreten gewesen (A.S. 25 Mitte). Auch die im Einkommensvergleich zur Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen Lohnangaben mittels DAP seien unrichtig ausgefallen. So berücksichtigten diese nicht, dass der bald 50jährige Beschwerdeführer als ungeschulter Immigrant kaum Deutsch spreche und die deutsche Sprache auch nicht verstehe. Er könne daher nur als Hilfsarbeiter mit einfachsten Handlangerarbeiten tätig sein. Fraglich sei zudem, ob die herangezogenen Arbeitsplätze eine wechselbelastende Tätigkeit zuliessen (A.S. 25 unten f.). Das Valideneinkommen sei ebenfalls unrichtig festgelegt worden, da die jahrelang geleisteten Mehrstunden des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt worden seien. In Bezug auf den versicherten Verdienst sei zudem nicht vom Verdienst auszugehen, der vor dem Unfall erzielt worden sei, sondern von demjenigen im Jahr vor dem Rentenbeginn. Daher sei der versicherte Verdienst aufgrund des damaligen Einkommens bei der Firma D.\_\_\_\_ AG festzusetzen (A.S. 26 f.).

7. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 24 % zu Recht ab dem 1. Februar 2016 eine Übergangs- und ab dem 1. Mai 2016 eine ordentliche Rente zugesprochen hat sowie ob der durch die Beschwerdegegnerin errechnete versicherte Verdienst von CHF 45'488.00 korrekt ist.

8. Es ist hinreichend erstellt und unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer am 17. April 1993 beim Fussballspielen eine vordere Kreuzbandruptur mit begleitender Korbhennelläsion des Aussenmeniskus links zuzog (vgl. Suva-Nrn. 2, 4, 7 f.). Der Beschwerdeführer macht Ansprüche aus diesem Ereignis geltend.

9. Bei der «Schadenmeldung UVG» vom 26. März 2012 (Suva-Nr. 31) handelt es sich um die Meldung eines Rückfalls gemäss Art. 11 UVV i.V.m. Art. 10 UVG. Dies wurde auf der «Schadenmeldung UVG» auch entsprechend ausgewiesen. Aus der Aktenlage ist zu schliessen, dass der Fall im Jahr 1993 zunächst abgeschlossen werden konnte. In der Folge kam es zu einem Rückfall mit einer Operation (vordere Kreuzbandplastik) im Jahr 1997

(Suva-Nr. 14) und zu einem erneuten Eingriff (Schraubenentfernung) im Jahr 1999 (Suva-Nr. 21 ■ 25). Im Jahr 2001 erfolgte nochmals eine Meldung durch den Hausarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 26); die Beschwerdegegnerin erklärte sich jedoch für nicht leistungspflichtig (Schreiben vom 7. Dezember 2001, Suva-Nr. 30). Anschliessend standen nach Lage der Akten bis zur Schadenmeldung vom 26. März 2012 (Suva-Nr. 31) keine Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung zur Diskussion. Der Beschwerdeführer arbeitete ab 1. Juni 2001 zu 100 % bei der Firma D.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 31 S. 1). Da somit während längerer Zeit keine Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr zur Diskussion standen, ist von einer Rückfallsituation auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_522/2013 vom 23. September 2013 E. 3.2). Die Angelegenheit ist somit unter dem Aspekt eines Rückfalls zum Unfall vom 17. April 1993 zu behandeln.

10. Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

10.1 Im Bericht vom 17. April 1993 (Suva-Nr. 7) hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Chefarzt, Institut für Diagnostische Radiologie, R.\_\_\_\_, aufgrund des durchgeführten Kniestatus fest, der Beschwerdeführer habe beim Fussball ein Knierotationstrauma links erlitten. Klinisch bestehe der Verdacht auf eine vordere Kreuzbandläsion. Der radiologische Befund wurde wie folgt beurteilt: «Keine Fraktur, kein Hinweis auf Erguss. Unklare radiologisch gutartige ossäre Veränderung in der distalen Femurmetaphyse.».

10.2 Im Bericht vom 27. Mai 1993 (Suva-Nr. 4) hielten Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Chirurgische Klinik, C.\_\_\_\_, auf Grund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. April bis 3. Mai 1993 folgende Diagnosen fest:

Am 30. April 1993 seien eine Arthroskopie mit partieller Meniskektomie sowie eine Knochenbiopsie (vgl. Suva-Nr. 4) durchgeführt worden. Betreffend die Histologie wurde ausgeführt, es seien ein kompakter Knochen mit subperiostaler Faserknochenneubildung, offenbar im Bereich eines Bandansatzes, sowie mikrofrakturierte Knochenpartikel, umgeben von Fibrin sowie Fettmark und frischen Blutungen, vorhanden. Ein Tumor habe sich nicht diagnostizieren lassen. Der Eingriff und der postoperative Verlauf seien problemlos gewesen. Bei der Entlassung sei der Beschwerdeführer selbständig gehfähig gewesen. Die Knieverletzung werde konservativ behandelt, d.h. das Knie werde muskulär stabilisiert.

10.3 Im Bericht vom 26. August 1997 (Suva-Nr. 14) führten Dr. med. U.\_\_\_\_ und Dr. med. V.\_\_\_\_, Oberarzt, Chirurgische Klinik, C.\_\_\_\_, aus, es habe vom 13. bis 19. August 1997 eine Hospitalisation stattgefunden, wobei am 14. August 1997 eine vordere Kreuzbandplastik mit freiem Ligamentum patellae durchgeführt worden sei. Der Beschwerdeführer habe in den letzten Wochen eine vermehrte Giving-way Symptomatik gehabt. Auf Grund der Beschwerden sowie des noch jugendlichen Alters hätten sie sich zur offenen vorderen Kreuzbandplastik rechts [recte: links] entschlossen. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet; der Beschwerdeführer habe an einer Fractomed-Schiene sowie an Amerikanerstöcken nach Selbstinstruktion von Fraxiparine wieder nach Hause entlassen werden können. Der Suva-Kreisarzt Dr. med. W.\_\_\_\_ hielt in einer Notiz vom 12. September 1997 fest, es sei mit einer Arbeitsunfähigkeit von zehn bis elf Wochen zu rechnen (Suva-Nr. 15).

10.4 Im «Arztzeugnis UVG für Rückfall» vom 6. April 1999 (Suva-Nr. 24) hielt Dr. med. X.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer gebe an, er habe rezidivierende Schmerzen im Bereich

des medialen Tibiaplateaus links bei Status nach vorderer Kreuzbandplastik. Der Allgemeinzustand sei unauffällig. Als Befund sei eine Druckschmerzhaftigkeit über palpablem Schraubenkopf zu verzeichnen; das Kniegelenk sei reizlos bis auf eine leicht vermehrte vordere Schublade. Diagnostiziert wurde eine «Schmerzhafte Schraube nach vorderer Kreuzbandplastik». Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor. Der Beschwerdeführer sei an die Chirurgische Klinik des Spitals R.\_\_\_\_ überwiesen worden. Dr. med. X.\_\_\_\_ schlage als besondere Massnahme die Schraubenentfernung vor. Der Beschwerdeführer sei hospitalisiert. Er sei vom 10. bis 20. Februar 1999 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe die Arbeit am 22. Februar 1999 teilweise wieder aufnehmen können. Der Behandlungsabschluss sei am 20. Februar 1999 erfolgt.

10.5 Im «Arztzeugnis UVG für Rückfall» vom 25. September 2001 (Suva-Nr. 26) erklärte Dr. med. P.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, seit der Schraubenentfernung klage der Beschwerdeführer zunehmend über Knieschmerzen links, besonders bei Belastung. Inflammac und eine Kenacort-Injektion in loco dolenti hätten keine Besserung gebracht. Das Röntgenbild zeige nichts Pathologisches. Das Knie sei frei beweglich, ohne Schwellung, aber mit einer Druckdolenz unterhalb des linken medialen Kondylus. Zu diagnostizieren seien Knieschmerzen links bei Status nach Knieoperation 1997. Der Beschwerdeführer sei an Dr. med. Y.\_\_\_\_, Arzt FMH für Orthopädie, überwiesen worden. Er sei nicht arbeitsfähig. Im «Arztzeugnis UVG für Rückfall» vom 11. November 2001 hielt Dr. med. Y.\_\_\_\_ fest, ihm sei der Beschwerdeführer nicht bekannt (Suva-Nr. 27). Dr. med. P.\_\_\_\_ hielt im ärztlichen Zwischenbericht vom 29. November 2001 (Suva-Nr. 28) fest, die letzte Konsultation habe am 23. Juni 2001 stattgefunden. Damals sei eine Anmeldung bei Dr. med. Y.\_\_\_\_ erfolgt. Seither habe er vom Beschwerdeführer nichts mehr gehört. Angeblich habe sich der Beschwerdeführer bei Dr. med. Y.\_\_\_\_ nicht gemeldet. Der Kreisarzt Dr. med. W.\_\_\_\_ hielt am 6. Dezember 2001 handschriftlich fest (Suva-Nr. 29), es bestehe keine Behandlungsbedürftigkeit und die Kausalität sei nicht gegeben.

10.6 Dr. med. Z.\_\_\_\_, Chefarzt, Orthopädische Klinik, R.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 6. Februar 2012 (Suva-Nr. 47) folgende Diagnosen:

Der Bericht enthielt folgende Befunde: Linkes Knie: Schwellung und Erguss. Reizlose mediale Narbe. Konturunregelmässigkeiten im Sinne von palpablen Osteophyten zirkulär. Flexion / Extension 130/0/0. Kein Hyperextensionsschmerz. Keine seitliche Aufklappbarkeit. Lachmann 2 ■ 3 + ohne klar definierbaren Anschlag. Pivot-Shift nicht auslösbar. McMurray-Zeichen deutlich dolent mit hörbarem Click. Es gebe eine ordentliche Quadrizepskoordination. Röntgenaufnahmen des linken Knies a.p. Einbeinstand, lateral und Patella axial zeigten eine recht fortgeschrittene Degeneration in sämtlichen Kompartimenten, im Sinne einer Pangonarthrose, sowie einen Zustand nach einer VKB-Plastik mit noch sichtbaren Bohrkanälen. 17 Jahre nach offener VKB-Ersatzplastik links leide der 44jährige Patient an einer zunehmend störenden, schmerzhaften, chronischen Knieinstabilität mit rezidivierenden Reizzuständen. Konventionell-radiologisch zeige sich leider schon eine recht fortgeschrittene Degeneration sämtlicher Kompartimente. Dr. med. Z.\_\_\_\_ habe zur Standortbestimmung eine MRT-Untersuchung des linken Gelenks veranlasst und werde nach Erhalt der Resultate über das weitere Procedere bestimmen.

10.7 Im Bericht vom 10. Februar 2012 (Suva-Nr. 48) hielt Dr. med. Z.\_\_\_\_ sodann folgende Diagnosen fest:

Die zwischenzeitlich durchgeführte MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks zeige eine mögliche stattgehabte Avulsion des BTB-Graftes mit allerdings noch intakten Fasern. Im Vordergrund stehe leider eine schon recht fortgeschrittene, aktivierte, lateral betonte Gonarthrose mit neu aufgetretener Komplexrissbildung im lateralen Meniskus. Dem Beschwerdeführer sei eine arthroskopische Meniskusanierung resp. Standortbestimmung vorgeschlagen worden. Er sei mit dem vorgeschlagenen Prozedere einverstanden.

10.8 Im Operationsbericht vom 28. Februar 2012 (Suva-Nr. 49) betreffend die am 27. Februar 2012 durchgeführte «Kniearthroskopie und Gelenkskörperentfernung und Shaving laterales Kompartiment links» auf Grund der präoperativen Diagnosen einer «aktivierten Varusgonarthrose links» und «mehreren freien Gelenkskörper laterales Kompartiment links» führte Dr. med. Z. \_\_\_ u.a. aus, im medialen Kompartiment seien weitgehend unauffällige Knorpelverhältnisse im medialen Femurkondylus sowie im medialen Tibiaplateau vorhanden. Der mediale Meniskus sei insgesamt intakt, glattrandig und stabil verankert. Betreffend das laterale Kompartiment zeige sich eine vollständige Knorpelgalaxy im Sinne einer Chondromalazie Grad IV in der ganzen Zirkumferenz des lateralen Femurkondylus sowie des lateralen Tibiaplateaus. Der laterale Restmeniskus sei noch knapp zur Hälfte vorhanden und zeige keine frischen Einrisse, welche sich im Gelenksraum luxieren liessen, unauffällige Popliteus-Sehne. Popliteal posterior finde sich ein zweites grosses osteochondrales Fragment, in etwa erbsengross, welches mit der lateralen Gelenkkapsel adhärent sei. Das osteochondrale Fragment könne mit dem Tasthaken hervorgehoben und schlussendlich mit einer kleinen Knochenklemme in toto entfernt werden. Es erfolge ein ausgedehntes Spülen mit Ringer und ein Shaven von losen Transplantaten-Fasern. Der erste Verbandswechsel werde nach 24 Stunden durchgeführt. Die Mobilisation unter Belastung erfolge nach Massgabe der Beschwerden, die Fadenentfernung sieben bis zehn Tage postoperativ. Mittel- bis längerfristig müsse wahrscheinlich eine Umstellungsosteotomie diskutiert werden.

10.9 Dr. med. AA. \_\_\_, Oberarzt, Orthopädische Klinik, C. \_\_\_, hielt auf Grund der Sprechstunde vom 19. April 2012 im Bericht vom 2. Mai 2012 (Suva-Nr. 37) folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer befinde sich weiterhin in der ambulanten Behandlung bei sekundärer Gonarthrose und oben genannten Diagnosen. Es werde diesbezüglich um eine Neubeurteilung gebeten. Gemäss Dr. med. AA. \_\_\_ seien die jetzigen Kniebeschwerden eindeutig auf die damalige komplexe Knieverletzung zurückzuführen und deshalb als unfallbedingt einzustufen.

Der Kreisarzt Dr. med. W. \_\_\_ kreuzte am 22. Mai 2012 (Suva-Nr. 40) handschriftlich an, es handle sich mindestens wahrscheinlich um einen Rückfall.

10.10 Dr. med. Z. \_\_\_ wies im Bericht vom 12. Juni 2012 (Suva-Nr. 52) auf Grund der Sprechstunde vom 1. Juni 2012 folgende Diagnosen aus:

Der Beschwerdeführer sei gut drei Monate nach der arthroskopischen Meniskusanierung und Gelenkslavage nicht beschwerdefrei. Gemäss dem begleitenden Übersetzer klage er nach knapp 200 m über v.a. medial betonte starke Knieschmerzen. Eine Arbeitsaufnahme sei bisher schmerzbedingt nicht möglich gewesen. Durch die recht intensive Physiotherapie sei wenigstens das chronische Instabilitätsgefühl etwas geringer geworden. Auf Grund der erheblichen Schädigung des linken Kniegelenkes mit sekundär etablierter lateral betonter Pangonarthrose werde früher oder später nur noch ein knietotalprothetischer Ersatz in Frage

kommen. Allerdings wäre bei diesem 44-jährigen Beschwerdeführer ein Zeitgewinn wünschenswert.

Am 22. Juni 2012 fand eine Infiltration des linken Knies intraartikulär mit Viscosupplementation Ostenil plus statt. Dr. med. Z. \_\_\_ hielt im Infiltrationsbericht vom 26. Juni 2012 (Suva-Nr. 51) die Diagnose einer «sekundären posttraumatischen Gonarthrose links» fest und führte aus, die Mobilisation habe nach Massgabe der Beschwerden zu erfolgen. Die Applikation der zweiten und dritten Infiltration finde im Wochenabstand statt. Im Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 16. August 2012 (Suva-Nr. 72) hielt Dr. med. Z. \_\_\_ fest, dem Beschwerdeführer sei vom 27. Februar bis 19. August 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im Betrieb zumutbar.

10.11 Dr. med. AB. \_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Spezialklinik für Traumatologische Akutrehabilitation, Berufliche Integration und Medizinische Expertisen, führte im Bericht vom 4. August 2012 (Suva-Nr. 70) auf Grund des Aktenstudiums eine Triage-Abklärung zur Beurteilung der Indikation für eine arbeitsorientierte Rehabilitation durch und nannte folgende Diagnosen:

A. Unfall von 1995: komplexes Knie Trauma links mit VKB-Ersatzplastik

A1 Sekundäre posttraumatisch aktivierte Varusgonarthrose links mit mehreren freien Gelenkscörpern und Chondromalazie Grad IV im lateralen Kompartiment

Gemäss den verfügbaren Informationen habe sich der Zustand bisher mit der Therapie wesentlich verbessert. Somit sei eine Triage für die stationäre Rehabilitation gemäss Prozess (Checkliste Telefoninterview, vgl. Suva-Nr. 68) eigentlich nicht indiziert. Es werde aktuell aus folgenden Gründen keine Rehabilitation empfohlen: Soweit bekannt bisher guter Verlauf, aus momentaner Sicht sei eine Arbeitsaufnahme in absehbarer Zeit auch ohne Rehabilitation zu erwarten. Mittelfristig könne nur eine Totalprothese die Schmerzen und Reizzustände lindern. Es bleibe zu hoffen, dass der noch relativ junge Beschwerdeführer mit der begonnenen Ostenil-Infiltrationsserie noch Zeit gewinnen könne, bevor die Schwelle zur absoluten Indikation für die Knieprothese überschritten werde. Der Beschwerdeführer sei in der Bearbeitung und Erstellung von Unterlagsböden tätig. Dabei handle es sich gemäss den Angaben aus den Akten um eine vorwiegend kniende Tätigkeit, welche ihm medizinisch eigentlich nicht mehr zuzumuten sei.

10.12 Auf Grund der Sprechstunde vom 6. September 2012 hielt Dr. med. Z. \_\_\_ im Bericht vom 7. September 2012 (Suva-Nr. 75) folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer sei nach wie vor nicht schmerzfrei. Ein Arbeitsversuch zu 50 % sei wegen einer Schmerzexazerbation misslungen. Die dem Beschwerdeführer offerierte Viscosupplementation habe nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Letzten Endes müsse in der vorliegenden, zunehmend unbefriedigenden Situation als Ultima ratio eine knietotalprothetische Versorgung andiskutiert werden. Der Beschwerdeführer werde in Anwesenheit seines Dolmetschers über eine solche Operation orientiert. Er sei verständlicherweise sehr verunsichert und wolle sich die Sache noch einmal überlegen. Es sei ihm zwischenzeitlich zur Schmerzreduktion eine selektive Kortisoninstallation intraartikulär vorgeschlagen worden. Ein entsprechender Termin sei dem Beschwerdeführer mitgegeben worden. Die Arbeitsunfähigkeit sei für vier Wochen zu 100 % bestätigt worden.

10.13 Der Kreisarzt Dr. med. AC. \_\_\_ hielt am 12. September 2012 (Suva-Nr. 74) fest, in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Ob bzw. wie er vermittelbar sei, liege nicht in seiner Entscheidkompetenz.

10.14 Dr. med. Z. \_\_\_ hielt im Bericht vom 16. Oktober 2012 (Suva-Nr. 82) folgende Diagnosen fest:

Die am 28. September 2012 therapeutisch durchgeführte Infiltration im linken Kniegelenk habe zu keiner wesentlichen Beschwerdelinderung geführt. Der Beschwerdeführer melde sich wegen der mittlerweile medialen Schmerzexazerbation erneut in der Sprechstunde. Eine Arbeitsaufnahme sei bis anhin nicht denkbar gewesen. Befund: Ordentlich flüssiges Gangbild mit Schmerzhinken links. Knie links: Aktuell keine Schwellung oder Erguss. Druckdolenz im Bereich des medialen Gelenkspaltes. Flexion / Extension 150/0/0 . Kein Hyperextensionsschmerz. Keine vermehrte seitliche Aufklappbarkeit. Lachmann ++ ohne klar definierbaren Anschlag. McMurray-Zeichen dolent medial betont. Ordentliche Quadrizepskoordination. Beurteilung und Procedere: Angesichts der erneuten Schmerzexazerbation v.a. im medialen Kompartiment sei eine radiologische Verlaufskontrolle mittels MRT gerechtfertigt. Eine entsprechende Untersuchung sei veranlasst worden.

10.15 Im Bericht vom 8. November 2012 (Suva-Nr. 94) bestätigte Dr. med. Z. \_\_\_ die bereits im Bericht vom 16. Oktober 2012 (vgl. E. II. 10.14 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen, wobei er die Schmerzexazerbation im linken Knie nun als «rezidivierend» qualifizierte. Die zwischenzeitlich durchgeführte MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks zeige im Vergleich zur Voruntersuchung vom Februar keine neuen Aspekte. Insbesondere könne eine neu aufgetretene Knochenmarksödembildung, resp. Nekrose, eigentlich ausgeschlossen werden. Es bestätige sich nach wie vor die recht ausgeprägte lateral betonte Pangoarthrose, welche zurzeit allerdings nicht aktiviert zu sein scheine. Dem Beschwerdeführer sei die Situation in Anwesenheit eines Übersetzers noch einmal klar dargestellt worden. Letzten Endes könne eine Besserung der Schmerzsituation lediglich durch einen knietotalprothetischen Ersatz erreicht werden. Eine Arbeitsaufnahme solle ab dem 1. Dezember 2012 versucht werden.

10.16 Der Kreisarzt Prof. Dr. med. AD. \_\_\_ gelangte in seiner Untersuchung vom 15. Januar 2013 zu folgender Beurteilung (Suva-Nr. 111): Auf Grund der heutigen Untersuchung könne er die Indikation zur Knie-TEP Implantation als einzig noch verbleibende Behandlungsmöglichkeit zur Beseitigung der Beschwerden nicht uneingeschränkt teilen. Der Schmerz sei heute eindeutig nicht intraartikulär lokalisiert, auch die anamnestischen Angaben des fehlenden Anlauf- bzw. Einlaufschmerzes und die aktuell relativ geringen objektivierbaren Beschwerden am rechten Kniegelenk würden ihn dazu veranlassen, den Beschwerdeführer in der Klinik E. \_\_\_ bei Dr. med. AE. \_\_\_ vorzustellen. Die Vorstellung sei mit der Frage verbunden, ob er bei diesem 44jährigen Beschwerdeführer möglicherweise eine Alternativtherapieoption anbieten könne. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden, dass Prof. Dr. med. AD. \_\_\_ eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Ausführung für zumutbar erachte. Inwieweit sich die Zumutbarkeit spezifisch auf seine Tätigkeit oder später auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auswirken werde, bleibe abzuwarten, bis die Kollegen der Klinik E. \_\_\_ den Beschwerdeführer gesehen hätten.

10.17 Im Bericht vom 27. März 2013 (Suva-Nr. 134) stellten Dr. med. AF.\_\_\_\_, Teamleiter Stv. Kniechirurgie, und Dr. med. AG.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, gestützt auf die Kniesprechstunde ambulant vom 21. März 2013 folgende Diagnosen:

Chronische Knieschmerzen und Instabilitätsgefühl mit Blockaden und Giving ways Knie links mit / bei

In Bezug auf die Ätiologie der Schmerzen könnten sich die Ärzte den vorbehandelnden Kollegen anschliessen, am ehesten handle es sich um eine symptomatische Pangenarthrose. Zusätzlich bestünden wohl Schmerzen weiter distal, eher neuropathischen Schmerzen entsprechend. Diese stünden laut Beschwerdeführer jedoch aktuell nicht im Vordergrund. Eine weitere Problematik seien die rezidivierenden Giving ways und auch Blockadegefühle, die auch nach der Arthroskopie nicht ganz verschwunden seien. Aktuell lägen auch keine konventionellen Röntgenaufnahmen vor, diese wolle man bis zur nächsten Konsultation durchführen (Kniestatus links, Rosenbergaufnahme und Orthoradiogramm). Zusätzlich wollten die Ärzte eine Kniegelenksinfiltration mit Lokalanästhesie und Steroiden noch heute durchführen und den Beschwerdeführer in sechs Wochen wiedersehen. Dann sollte je nach Wirksamkeit erneut die weitere operative oder konservative Therapie besprochen werden. Die Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin zu 100 % attestiert worden.

10.18 PD Dr. med. AF.\_\_\_\_ und prakt. med. AH.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, bestätigten auf Grund der Verlaufskontrolle im Bericht vom 5. Juni 2013 (Suva-Nr. 149) die bereits im Bericht vom 27. März 2013 gestellten Diagnosen und beurteilten diese wie folgt: Beim Beschwerdeführer bestehe eine deutliche Pangenarthrose. Klinisch imponierten auch starke Schmerzen im Ansatzbereich des Pes anserinus. Angesichts des Nichtansprechens auf die Infiltration sowie der klinischen Untersuchung bei relativ jungem Alter des Beschwerdeführers werde aktuell von einer Knie-Totalprothesenimplantation abgeraten. Andere operative Möglichkeiten bestünden auf Grund der doch fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen keine. Es werde eine physiotherapeutische Behandlung mit Aufdehnung und Kräftigung der ischiocruralen Muskulatur sowie lokale Entzündungshemmung mit Ultraschall oder Iontophorese am Pes anserinus durch die Physiotherapie empfohlen. Auf Grund der radiologisch objektivierbaren Befunde sei die Arbeit als Bodenleger für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Dasselbe gelte auch nach der Implantation einer Knieprothese. Ein Jobwechsel resp. eine Umschulung wären angezeigt. Vorerst seien keine weiteren Kontrollen vereinbart worden.

10.19 Im Austrittsbericht vom 10. September 2013 (Suva-Nr. 181) führten med. pract. AI.\_\_\_\_, Spitalfachärztin, arbeitsorientierte Rehabilitation, und med. pract. AJ.\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Klinik G.\_\_\_\_, folgende während des Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 22. Juli bis 10. September 2013 gestellte Diagnosen auf:

A. Unfall vom 17. April 1993: Linkes Knie beim Fussballspielen verdreht

A1 Kniedistorsion links mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Korbhenkelriss lateral am Meniskus

A2 Lateralbetonte Pangenarthrose links

B. Adipositas Grad I (BMI 30,9 kg/m<sup>2</sup>)

Die Probleme beim Austritt seien: 1. Belastungs- und bewegungsverstärkte sowie nächtliche Schmerzen am Knie links medial, 2. Leicht regrediente Mobilitätseinschränkung

(subjektiv maximal 15 Minuten Gehen am Stück, Treppensteigen mühsam), 3. Leicht regrediente Knie-Instabilität links, 4. Regrediente Einschränkung der Knieflexion links, 5. Verbesserte schmerzbedingte Schlafstörung. Prozedere medizinisch: Es werde ein selbständiges Training in einem Fitnesscenter gemäss den Instruktionen im Trainingsprogramm der Rehaklinik sowie die Fortsetzung des instruierten Heimprogrammes empfohlen. Die Ziele seien der Erhalt und die sukzessive Verbesserung berufsspezifischer Kraft- und Ausdauerkomponenten, der Gelenks- und Muskelfunktion des linken Kniegelenks und die Schmerzlinderung. Auf Grund von prognostischen Überlegungen (weitere Zunahme der Gonarthrose links) sei die zumutbare Belastbarkeit gegenüber den Testergebnissen etwas reduziert worden. Die berufliche Tätigkeit als Bodenleger (Arbeitsvertrag sei vorhanden) sei nicht zumutbar. Die Anforderungen einer mittelschweren, kniebelastenden Tätigkeit seien zu hoch. Die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit betrage ab dem 11. September 2013 100 %. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar. Spezielle Einschränkungen seien: Wechselbelastende Tätigkeit (im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen), ohne Gehen auf unebenem Boden, ohne Einnehmen von Zwangshaltungen für das linke Knie (Hocken, Knien, Kauern) und ohne Ersteigen von Treppen, Gerüsten und Leitern.

10.20 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt anlässlich seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 27. November 2013 folgende Diagnosen fest (Suva-Nr. 201):

Chronische Knieschmerzen und Instabilitätsgefühl im Sinne von Giving way-Phänomenen Knie links, lateralebenther Pangonarthrose links mit / bei:

Beim Beschwerdeführer bestünden nach wie vor sowohl Ruheschmerzen als auch belastungsabhängige Schmerzen im linken Kniegelenk bei obengenannten Diagnosen. Die Beschwerden seien eindeutig auf eine radiologisch gesicherte Pangonarthrose des linken Kniegelenks zurückzuführen. Von medizinischer Seite her bestehe aktuell ein Endzustand, da auf Grund des jungen Patientenalters derzeit von einer Implantation einer Kniegelenksprothese abgeraten werde, da die Beschwerden subjektiv derzeit noch moderat seien. Insofern sei die medizinische Behandlung für den Moment abgeschlossen und von administrativer Seite könne der Fallabschluss ins Auge gefasst werden. Bezüglich der Zumutbarkeit könne an der Beurteilung der Klinik G.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 10.19 hiervor) festgehalten werden. Eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Bodenleger sei nicht mehr zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien. Für andere berufliche Tätigkeiten bestehe eine Zumutbarkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit ganztägig. Dabei sollte die Möglichkeit zur Wechselbelastung (Sitzen, Gehen, Stehen) gegeben sein. Auf dauer- oder regelhaftes Begehen von unebenem Gelände, Einnehmen von Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk (Hocken, Knien, Kauern) sowie auf häufiges Besteigen von Treppen, Gerüsten oder Leitern müsse künftig verzichtet werden. Eine Integritätsentschädigung sei geschuldet und werde gesondert beurteilt. Gemäss Art. 21 UVG könne eine Beteiligung am Fitnessabo, die laufende Physiotherapie mit maximal zwei weiteren Serien à neun Anwendungen sowie die nötige Bedarfsmedikation mit Olfen und Zurcal weiterhin zu Lasten der Beschwerdegegnerin abgerechnet werden.

Im Bericht vom 2. Juni 2014 über die kreisärztliche Untersuchung vom 30. Mai 2014 (Suva-Nr. 237) bestätigte Dr. med. I.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom 27. November 2013 ausgewiesenen Diagnosen. Im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung vor sechs Monaten bestünden klinisch praktisch identische Untersuchungsbefunde. Subjektiv habe der Beschwerdeführer den Eindruck, dass die Schmerzen stetig zunehmen, und er fühle sich

insgesamt durch die starken Beschwerden derart eingeschränkt, dass er nun nach reiflicher Überlegung eine prothetische Versorgung des linken Kniegelenks wünsche. Der Beschwerdeführer wünsche eine ambulante Konsultation in der Klinik E.\_\_\_\_ zur Besprechung einer Versorgung mittels Kniegelenksprothese. Ansonsten ändere sich bis auf weiteres nichts an der bisherigen Zumutbarkeitsbeurteilung im Rahmen der letzten abschliessenden kreisärztlichen Untersuchung vom 27. November 2013.

10.21 Dr. med. AK.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner orthopädischen Beurteilung vom 23. Juli 2014 (Suva-Nr. 242) als Schlussfolgerung fest, der Beschwerdeführer habe Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 30 %.

10.22 Auf Grund der Knie-Sprechstunde ambulant vom 19. August 2014 bestätigten Dr. med. AL.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. AM.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, im Bericht vom 21. August 2014 (Suva-Nr. 246) die bereits im Bericht vom 27. März 2013 (vgl. E. II. 10.20 hiervor) gestellten Diagnosen. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden könnten nicht eindeutig der Gonarthrose auf der linken Seite zugeordnet werden. In der klinischen Untersuchung imponierten v.a. die Schmerzen im Bereich des Pes anserinus-Ansatzes. Es werde nun als nächster diagnostischer Schritt das Pes anserinus therapeutisch infiltriert. Gleichzeitig würden die physiotherapeutischen Massnahmen fortgeführt und gegebenenfalls auch lokal antiinflammatorische Massnahmen durchgeführt. Der Beschwerdeführer werde in circa drei Monaten zur Besprechung des weiteren Vorgehens und gegebenenfalls zur Wiederholung der intraartikulären Infiltration gesehen.

10.23 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 28. August 2014 (Suva-Nr. 250) hielt Dr. med. AN.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, folgende Hauptdiagnose fest: «Chronische Knieschmerzen links und Instabilitätsgefühl (Giving ways) mit Blockaden». Es sei ein protrahierter Verlauf mit subjektiver Zunahme der Knieschmerzen links gegeben (Belastungs-Anlauf und nächtliche Ruheschmerzen), Instabilitätsgefühl mit Blockaden beim Gehen auf unebenem Boden sowie Einschränkung der Gehfähigkeit. Die Prognose sei weiterhin unbestimmt. Es gebe besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen würden. Dies seien eine Chronifizierung der Knieschmerzen links, langjährige und andauernde Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Unterlagsbodenverleger sowie fehlende berufliche Perspektiven infolge mangelnder sozialer Integration bei Migrationshintergrund. Gegenwärtig werde mit Physiotherapie im Spital R.\_\_\_\_ (Kräftigung der Quadrizeps-Muskulatur) sowie Steroid-Infiltration des Pes anserinus links am 22. August 2014 (Klinik E.\_\_\_\_) behandelt. Prozedere / Vorschläge: Eventuell sei die intraartikuläre Steroid-Infiltration zu wiederholen, später evtl. eine Kniegelenksprothese zu implantieren. Die Konsultationen fänden alle vier bis fünf Wochen statt. Die Dauer der Behandlung sei unbestimmt. Die Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen der Zumutbarkeit gegeben. Die Beschwerdegegnerin solle sich beim Betrieb um Zuweisung einer geeigneten Arbeit engagieren. Es sei ein bleibender Nachteil im Sinn einer Chronifizierung mit somatoformer Schmerzstörung zu erwarten.

10.24 Dr. med. Rahm, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. AO.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, hielten im Sprechstundenbericht vom 27. Oktober 2014 (Suva-Nr. 256) die bereits in den früheren Berichten ausgewiesenen Diagnosen fest. Durch die Infiltration habe sich leider nur ein kurzfristiger Erfolg für ca. eine Woche gezeigt, mit aktuell wieder unveränderte Schmerzsymptomatik und Leidensdruck. Im Bericht vom

7. November 2014 (Suva-Nr. 258) führten die Ärzte aus, beim Beschwerdeführer zeige sich eine komplexe Situation im linken Kniebereich bei Zustand nach mehrmaligen Operationen. Klinisch wie auch radiologisch zeige sich eine ausgeprägte Pagonarthrose, welche nur mittels Totalendoprothese versorgt werden könne. Ob damit sämtliche Beschwerden, wie insbesondere jedwelche im Pes anserinus Bereich behoben werden könnten, sei fraglich. Letztendlich erscheine den Ärzten bei persistierenden Beschwerden und deutlich ausgeprägter Arthrose trotz jungem Alter die Totalendoprothese die einzig mögliche operative Versorgung. Sie seien so verblieben, dass der Beschwerdeführer sich die Möglichkeit der endoprothetischen Versorgung überlege und dies mit der Beschwerdegegnerin rückbespreche. Sollte der Entscheid positiv ausfallen, könne er sich jederzeit wieder in der Kniesprechstunde vorstellen, wo dann die Prothesenimplantation zu planen wäre.

10.25 Im Operationsbericht vom 13. März 2015 (Suva-Nr. 291) der Klinik E.\_\_\_\_ wurde nach dem durchgeführten Eingriff einer Knie-Totalprothese links (Medacta, MyKnee, Femur narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay 10 mm fixed bearing, Palacos) die Hauptdiagnose «Pagonarthrose links mit Instabilitätsgefühl» gestellt und eine Stockentlastung mit halbem Körpergewicht für vier Wochen, dann ein Belastungsaufbau, empfohlen. Die Flexion / Extension seien frei.

Im Austrittsbericht vom 24. März 2015 (Suva-Nr. 302) hielten Dr. med. AP.\_\_\_\_ und Dr. med. AQ.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, auf Grund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. bis 23. März 2015 folgende Austrittsdiagnosen fest:

Pagonarthrose links mit Instabilitätsgefühl mit / bei

Postoperativ habe sich im Versorgungsgebiet des N. femoralis noch eine eingeschränkte Motorik und leichte Hyposensibilität gezeigt, welche sich jedoch stetig gebessert habe. Die Symptome seien als Restbeschwerden nach Femoraliskatheter interpretiert worden. Der Beschwerdeführer sei beim Austritt an zwei Unterarm-Gehstöcken mit halbem Körpergewicht Teilbelastung praktisch selbständig mobil gewesen. Die Wunde sei zu jedem Zeitpunkt der Hospitalisation reizlos und trocken gewesen, der Beschwerdeführer afebril. Er werde in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen zur weiteren Rehabilitation entlassen. Kniebeweglichkeit bei Austritt: Flexion / Extension 70-0-0°.

10.26 Im Austrittsbericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 28. April 2015 (Suva-Nr. 308) hielten med. pract. AR.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, und med. pract. AS.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende, während des Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 23. März bis 30. April 2015 gestellten Hauptdiagnosen fest:

Die Probleme beim Austritt seien: 1. Schmerzen linkes Knie, 2. Eingeschränkte Mobilisation linkes Knie, 3. Einschränkung in ADL (Activities of Daily Living). Es werde eine ambulante Physiotherapie mindestens drei Mal pro Woche empfohlen (der Beschwerdeführer habe eine Verordnung erhalten). In der beruflichen Tätigkeit als Bodenleger sei ab dem 30. April 2015 eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % gegeben. Die Festlegung der weiteren Arbeitsfähigkeit erfolge durch den weiterbehandelnden Kollegen. Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als Bodenleger erscheine in Zukunft nicht mehr gegeben. Aus orthopädischer Sicht sollte in Zukunft eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit möglich sein. Beim Austritt habe der Beschwerdeführer das linke Knie frei bewegen können,

Flexion / Extension aktiv 85/5/0 und Flexion / Extension passiv 90/0/0°. Der Beschwerdeführer habe beim Austritt noch über eine schmerzhafte Extension geklagt. Die Narbe sei reizlos gewesen und das Knie noch leicht geschwollen und überwärmt. Der Beschwerdeführer sei bei der Entlassung im 4-Pkt-Gang an Unterarmgehstöcken für eine 80 m-Gehstrecke selbständig mobil gewesen, ohne Stöcke für zwei bis drei Schritte. Das linke Bein habe nun mit vollem Körpergewicht belastet werden können. Der Beschwerdeführer sei im Alltag nur noch geringfügig auf Hilfe angewiesen

10.27 Im Sprechstundenbericht vom 18. Juni 2015 (Suva-Nr. 321) wiesen PD Dr. med. AF.\_\_\_\_ und Dr. med. AT.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, folgende Hauptdiagnose aus: «Status nach Knie-Totalprothese links (Medacta, MyKnee, Femur narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay 10 mm fixed bearing, Palacos) vom 13. März 2015». Beim Beschwerdeführer bestünden drei Monate postoperativ noch deutliche Restbeschwerden. Die medialsseitigen Schmerzen seien vermutlich auf eine Kapselreizung zurückzuführen, jedoch finde sich an dieser Lokalisation kein Überstand der Komponenten. Bezüglich der ventralen Knieschmerzen finde sich eine leicht lateralisierte Patella ebenso mit leichtem Patellatilt. Es werde versucht, mittels konservativen Massnahmen die deutlich hypotrophe Muskulatur zu stärken, insbesondere den VMO. Des Weiteren physiotherapeutische Behandlung zur Verbesserung der Beweglichkeit (vgl. Verordnung vom 16. Juni 2015, Suva-Nr. 322).

Am 16. September 2015 (Suva-Nr. 329) berichteten PD Dr. med. AF.\_\_\_\_ und Dr. med. AU.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, über eine vom Untersuchungsbefund her zufriedenstellende Verlaufskontrolle sechs Monate postoperativ nach Implantation einer Knieprothese links. Leider leide der Beschwerdeführer weiterhin unter Schmerzen, insbesondere bei Belastung. Auf Grund der brennenden, vermutlich neuropathischen Schmerzen werde Lyrica verordnet und um Weiterführen bzw. Anpassung dieser Medikation durch den Hausarzt gebeten. Zudem sollte bei noch deutlichem muskulärem Defizit die Physiotherapie bzw. der Kraftaufbau fortgesetzt werden.

10.28 Dr. med. K.\_\_\_\_, Kreisarzt, hielt am 22. September 2015 fest (Suva-Nr. 330), es sei eine Klärung der Beschwerden und eine arbeitsorientierte Reha mit Festlegung des Arbeitsplatzprofils in [...] durchzuführen.

Im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015 (Suva-Nr. 341) stellten Dr. med. AV.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. AW.\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Arbeitsorientierte Rehabilitation, in Bezug auf den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 6. Oktober bis 10. November 2015 folgende Diagnosen:

A. Unfall vom 17. April 1993: Beim Fussballspielen das linke Knie verletzt

A1 Ruptur des vorderen Kreuzbandes, Korbhellenläsion des lateralen Meniskus links

B. Psychosomatisches Konsilium, Klinik G.\_\_\_\_ (November 2015)

Die Probleme beim Austritt seien: 1. Belastungsverstärkte mediale, laterale und dorsale Knieschmerzen, 2. Leichte schmerzbedingte Bewegungseinschränkung Knie links, 3. Unklare berufliche Situation. Aktuell seien keine weiteren Kontrollen geplant. Im März 2016 sei die klinisch-radiologische Jahreskontrolle im E.\_\_\_\_ vorgesehen. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien nicht vorgesehen, aber die Fortsetzung des instruierten Heimprogramms. Nach dem Austritt seien keine spezifischen Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich erforderlich. Es sei eine mässige Symptomausweitung

beobachtet worden. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die nachfolgenden Beurteilungen der Zumutbarkeit erfolge aus unfallkausaler Sicht: Die berufliche Tätigkeit als Bodenleger sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Andere (mindestens) leichte bis mittelschwere Arbeiten seien ihm ganztags zumutbar mit den folgenden Einschränkungen betreffend das linke Knie: Wechselbelastend (Stehen / Gehen am Stück bis maximal etwa 1,5 Stunden), ohne Tätigkeit in der Hocke und / oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und / oder Leitersteigen. Der Beschwerdeführer müsse sich beruflich neu ausrichten. Die Beschwerdegegnerin werde ersucht, ihn bei der Wiedereingliederung zu unterstützen. Allerdings hege der Beschwerdeführer angesichts fortdauernder Kniebeschwerden links derzeit grosse Bedenken, wieder einer geregelten Tätigkeit nachgehen zu können.

10.29 Dr. med. K.\_\_\_\_, Kreisarzt, hielt am 17. November 2015 fest (Suva-Nr. 342), von weiteren Behandlungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Der unfallbedingte Integritätsschaden werde auf 30 % geschätzt (vgl. auch Suva-Nr. 344).

10.30 Dr. med. AX.\_\_\_\_, behandelnder Arzt, Spital R.\_\_\_\_, wies im «Notfall Bericht» vom 18. Dezember 2015 (Suva-Nr. 359 S. 2 f.) die Hauptdiagnose eines «Status nach Knie-TP links, persistierende Knieschmerzen» aus. Der Beschwerdeführer sei seit der Knie-TP am 13. März 2015 in der Klinik E.\_\_\_\_ in der Physiotherapie. Seit einer Woche habe er Schmerzen und eine Schwellung im Bereich des linken Knies und am Unterschenkel proximal. Status: «Knie links ohne Erguss. DDo medialer und lateraler Tibiakopf. Verspannter Tractus links». Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

10.31 Dr. med. AY.\_\_\_\_, Oberarzt i.V. Orthopädie, und Dr. med. AZ.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, führten im Sprechstundenbericht vom 14. Januar 2016 (Suva-Nr. 380) aus, es zeigten sich leider auch weiterhin fast unveränderte Schmerzen im Bereich des Tibiaplateaus. Bei stabiler Prothese sei seitens der muskulären Situation sicher noch eine Verbesserung möglich. Einen Anhalt für eine chirurgische Lösung der Schmerzproblematik sähen sie aktuell nicht. Es sei zu erwarten, dass sich nach der Stabilisierung der muskulären Situation auch die Schmerzsymptomatik bessern sollte.

Auf Grund der Sprechstunde vom 17. März 2016 (Suva-Nr. 420) führten PD Dr. med. BA.\_\_\_\_, Oberarzt Kniechirurgie, und Dr. med. BB.\_\_\_\_, Assistenzärztin Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, im Bericht vom 21. März 2016 folgende Hauptdiagnosen auf:

Ansatzdendinopathie Pes anserinus mit Bursitis anserina, anteriore Knieschmerzen nach Knie-Totalprothese-Implantation links 13. März 2015 mit / bei:

–Medacta, MyKnee, Femor narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay, 10 mm fixed bearing, Palacos bei

–Pangonarthrose links mit Instabilitätsgefühl mit / bei:

–initial Kniedistorsion April 1993 mit Kniebinnentrauma Ruptur vorderes Kreuzband, Korbhakenriss lateraler Meniskus mit lateraler Teilmenisektomie, persistierender Instabilität und Schmerzen VKB-Plastik (BTB 1995, Metallentfernung 1997 [Spital [...]], arthroskopisches Débridement Februar 2012)

Der Beschwerdeführer habe klinisch klar eine Ansatz tendonopathie des Pes anserinus mit Bursitis anserina. Differenzialdiagnostisch werde diese durch eine leicht vermehrte laterale Aufklappbarkeit insbesondere in Flexionsstellung unterhalten. Auf Grund der klar objektivierbaren Beschwerden gelte weiterhin die Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Unterlagenbodenangestellter bis mindestens Ende Mai 2016.

10.32 Der Kreisarzt Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt am 14. April 2016 fest (Suva-Nr. 406), der Beschwerdeführer benötige auf Grund der unfallbedingten Verletzungen Hilfsmittel.

10.33 Im Sprechstundenbericht vom 14. Juli 2016 (Suva-Nr. 430, BB-Nr. 3) bestätigten Dr. med. AY.\_\_\_\_, Oberarzt i.V. Orthopädie, und Dr. med. BC.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie Klinik, E.\_\_\_\_, die bereits im Bericht vom 17. März 2016 (E. II. 10.31 hiervor) gestellten Diagnosen. Einerseits bestünden durch die Physiotherapie nicht beeinflussbare Schmerzen im Bereich des Pes anserinus, andererseits eine Symptomatik über der Patellaspitze, welche anamnestisch nach der VKB-Rekonstruktion nicht bestanden habe. Zudem sei ein störendes Knacken retropatellär, DD bei medialem Patella-Osteophyt, und ein freier Gelenkkörper gegeben. Zur genauen Differenzierung der Schmerzätiologie werde mit dem Beschwerdeführer die diagnostisch-therapeutische Infiltration des Pes anserinus sowie eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle mit MRI (MARS-Sequenz) in sechs Wochen zum Ausschluss von freien Gelenkkörpern und einer Tendonopathie (Pes anserinus, Patellaspitze) vereinbart. Bei fehlender Beschwerdebesserung werde eine diagnostische intraartikuläre Infiltration stattfinden.

10.34 Im Sprechstundenbericht vom 14. September 2016 (Suva-Nr. 451, BB-Nr. 6) führten Dr. med. BD.\_\_\_\_, Supervisor Chiropraktische Medizin, und cand. med. BE.\_\_\_\_, Unterassistent Chiropraktische Medizin, Klinik E.\_\_\_\_, die folgenden Hauptdiagnosen auf:

Der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Ansatz tendonopathie des Pes anserinus links und im Bereich des Hoffa-Fettkörpers. Dazu bestünden zusätzlich lumbospondylogene Schmerzen. Aus Sicht der Ärzte seien die Schmerzen in der Knie-region wie auch die Rücken- und Beckenbeschwerden durch die chronische Fehlbelastung und Entlastung nach den diversen Knie-Operationen links ausgelöst worden, dies bei vorbestehender statischer Insuffizienz der LWS. Für den Moment liege der Fokus auf der Neuraltherapie des linken Kniegelenks, dazu würden tendomuskulär orientierte lokale Therapieformen im Knie- und Oberschenkelbereich in die Behandlung miteinbezogen. Die Behandlung der Rückenschmerzen werde noch drei bis vier Wochen in Reserve behalten, um das Ansprechen auf die verschiedenen Therapieformen klar abgrenzen zu können. Sobald die Schmerzen im linken Knie ameliorierten und das Körpergewicht gleichmässig auf beide Beine verteilt werden könne, werde auch ein Rückgang der Rückenschmerzen erwartet. Zur langfristigen Beschwerdelinderung werde weiterhin die Durchführung stabilisierender und aufbauender Massnahmen für die Knie- und Rumpfmuskulatur empfohlen. Des Weiteren werde das hausinterne Technische Orthopädie-Team um ein baldmögliches Aufgebot für Fusseinlagen zur linken medialen Abstützung des Längsgewölbes bei Knick-, Senk- und Spreizfuss gebeten.

10.35 Die MRI der LWS vom 4. November 2016 (Suva-Nr. 462 S. 13, BB-Nr. 9) beurteilte Dr. med. BF.\_\_\_\_, Oberärztin, Radiologie, Klinik E.\_\_\_\_, wie folgt: Linkskonvexe Skoliose und multisegmentale degenerative Veränderungen sowie Discusprotrusion mit konsekutiver leichter Spinalkanalstenose im Segment LWK 4 / LWK 5 und Kompression der L5-Wurzel links. Discusprotrusion im Segment LWK 3 / LWK 4 mit Kompression der L4-Wurzel rechts. Multisegmentale foraminale Stenosen im Segment LWK 3 / LWK 4 auf der rechten Seite hochgradig und im Segment LWK 4 / LWK 5 auf der linken Seite mässig.

10.36 Im Sprechstundenbericht vom 3. November 2016 (Suva-Nr. 444) hielten PD Dr. med. BG.\_\_\_\_ und Dr. med. BH.\_\_\_\_, Assistenzärztin Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, Orthopädie, fest, radiologisch bestehe eine stabile Prothese ohne Anhaltspunkte für Lockerung. Formell würden sie den Infekt mittels Punktion ausschliessen und auch eine CT zur Beurteilung der Rotation durchführen lassen. Anschliessend Befundbesprechung in der Sprechstunde. Sollten die Befunde im Normbereich liegen, sei chirurgisch-orthopädisch aktuell keine Massnahme zur Verbesserung der Symptomatik vorhanden.

10.37 Im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2016 (Suva-Nr. 462 S. 11 f., BB-Nr. 8) bestätigten Dr. med. BI.\_\_\_\_, Supervisor Chiropraktische Medizin, und MChiro BJ.\_\_\_\_, Unterassistent Chiropraktische Medizin, Klinik E.\_\_\_\_, auf Grund der Behandlungsdauer vom 14. September bis 22. Dezember 2016 die im Bericht vom 14. September 2016 (vgl. E. II. 10.34 hiervor) gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei bezüglich seiner chronischen Kniegelenksschmerzen während sechs Sitzungen mittels Neuraltherapie therapiert und bezüglich seiner lumbalen Schmerzen während sieben Sitzungen mit chiropraktischer Impulstherapie und muskulär detonisierenden Massnahmen behandelt worden. Es müsse über einen sehr fluktuierenden Verlauf berichtet werden. Der Beschwerdeführer habe leider immer nur sehr kurzfristig von der Therapie profitieren können. Ein Nervenwurzelblock L4 links habe auf der visuell-analogen Skala am 21. November 2016 zu einer Schmerzprogredienz von sieben auf acht bis neun Punkte geführt. In Rücksprache mit dem Beschwerdeführer werde die Behandlung abgeschlossen und das hausinterne WS-Team um Aufgebot des Beschwerdeführers gebeten. Er werde weiterhin die Physiotherapie besuchen und die ihm gezeigten Übungen zur Kräftigung und Stabilisation der Kniemuskulatur auch in Zukunft durchführen, was sehr begrüsst werde.

10.38 Zu der am 30. Januar 2017 durchgeführten Röntgenuntersuchung der LWS ap / seitlich (Suva-Nr. 458) hielt Dr. med. BK.\_\_\_\_, Fellow, Klinik E.\_\_\_\_, folgenden Befund fest: Zum Vergleich liege die MR-Voruntersuchung vom 4. November 2016 vor (vgl. E. II. 10.35 hiervor). Linkskonvexe lumbale Skoliose mit Punctum maximum L3 und Cobb-Winkel 22°. Regelrechter anteroposteriores Alignment der Wirbelkörper. Keine Wirbelkörperfraktur.

10.39 Das am 30. Januar 2017 durchgeführten MRI der LWS (Suva-Nr. 459) beurteilte Dr. med. BL.\_\_\_\_, Oberarzt, Klinik E.\_\_\_\_, Radiologie, wie folgt: Multisegmentale Degenerationen auf allen Höhen. Linkskonvexe Skoliose thorakolumbal. Deutliche Foramenstenose L3/L4 rechts mit Kompression der Wurzel L3 rechts und L4/L5 links mit Kompression der Wurzel L4 links.

10.40 Im Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2017 (Suva-Nr. 457) stellten Dr. med. BM.\_\_\_\_, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. med. BN.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, folgende Diagnosen:

Der vom Beschwerdeführer beschriebene Schmerz sei bei brennendem Schmerzcharakter und Wetterfähigkeit suggestiv für einen neuropathischen Schmerz, wobei es sich möglicherweise bei Nichtansprechen auf den im November 2016 durchgeführten Nervenwurzelblock L4 rechts um eine periphere Neuropathie handle. Ein Infekt habe von den Kollegen des Knie-Teams genauso wie eine mechanische Ursache ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer werde daher von den Kollegen der Neurologie für eine neurophysiologische Untersuchung aufgebeten und anschliessend werde bei vorliegendem Befund über das weitere Procedere entschieden.

10.41 Auf Grund der neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung vom 16. Februar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 17) bestätigten PD Dr. med. BO.\_\_\_\_, Leitender Arzt Paraplegie, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. BP.\_\_\_\_, Oberarzt Paraplegie, Facharzt Neurologie, Zentrum für Paraplegie, Klinik E.\_\_\_\_, im Bericht vom 24. Februar 2017 die bereits im Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2017 ausgewiesenen Diagnosen (vgl. E. II. 10.40 hiervor). Der Schmerz des Beschwerdeführers scheine einerseits bei deutlicher Belastungsabhängigkeit eine mechanisch / orthopädische Ursache zu haben. Andererseits berichte der Beschwerdeführer auch über brennende Schmerzen am lateralen Knie, in diesem Gebiet gebe er auch eine Sensibilitätsstörung an, so dass sich hier der Verdacht auf eine neuropathische Schmerzkomponente ergebe. Die neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen seien regelrecht ausgefallen, ohne Anhalt für eine Polyneuropathie oder Radikulopathie als Ursache der Schmerzsymptomatik. Pragmatisch werde dem Beschwerdeführer eine Schmerzbasistherapie mit Tramadol 2 x 50 mg retardiert, weiterhin werde Pregabalin aufdosiert. Eine lokale Behandlung des lateralen Knies werde mit Capsaicin erfolgen. Der Beschwerdeführer werde die weitere medikamentöse Therapiebetreuung mit dem Hausarzt durchführen.

10.42 Im Sprechstundenbericht vom 28. Dezember 2017 (Beilage 2 zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. Januar 2019) hielten Dr. med. BQ.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. BR.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik E.\_\_\_\_, folgende Diagnosen fest:

–Status nach Knie-Totalprothese-Implantation, Medacta, MyKnee, Femur narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay 10 mm fixed bearing, Palacos bei links 13. März 2015 mit / bei

–Pangonarthrose links mit Instabilitätsgefühl mit / bei

–Initial Kniedistorsion April 1993 mit Kniebinnentrauma Ruptur vorderes Kreuzband, Korbhenkelriss lateraler Meniskus mit lateraler Teilmenisektomie, persistierender Instabilität und Schmerzen VKB-Plastik (BTB 1995, Metallentfernung 1997 [Spital [...]]), arthroskopisches Débridement Februar 2012

–Foramenstenose L3/4 und L4/5 links, mässiger Recessusstenose L4/5 links

Der Beschwerdeführer leide schon seit mehr als zwei Jahren unter persistierenden Schmerzen im vorderen Kniebereich. Eine Infektion sei Ende 2016 weitgehend ausgeschlossen worden und eine Fehlstellung bzw. Lockerung der Implantatkomponenten falle nicht auf. Der Zustand sei aktuell unverändert und die Ärzte seien der Meinung, dass die Kollegen der Schmerzsprechstunde allenfalls mit einer Anpassung der Schmerztherapie und allenfalls einer Infiltration des Pes anserinus bzw. Abklärung eines möglichen Neuroms des Nervus infrapatellaris helfen könnten. Der Hausarzt werde gebeten, allenfalls eine Schmerztherapie-Klinik in der Nähe des Patienten zu finden und ihn dort zuzuweisen. Es

seien keine fixen Kontrollen geplant.

10.43 Auf Grund der triplanaren MRI der LWS nativ / i.v. KM vom 8. Oktober 2018 (A.S. 219 f.) hielt Prof. Dr. med. BS.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Klinik für Neuroradiologie BT.\_\_\_\_, fest, es gebe keine relevanten Voraufnahmen. Er machte folgende Feststellungen von kaudal nach kranial:

- erosive Osteochondrose im Wirbelkörper L5/S1, breitbasige Protrusion und foraminale Einengung linksbetont
- erosive Osteochondrose und linksbetonte foraminale Einengung auf L4/5
- L3/4 mit breitbasiger Protrusion, intraforaminaler Ausdehnung und signifikanter Einengung des Foramens intervertebralis rechts
- L2/3 degenerative Veränderungen, erosive Osteochondrose und foraminale Einengung rechts
- Hypertrophie der Ligamenta flava / Facettengelenke in allen Segmenten
- L4/5 mit Punctum maximum der Spinalkanalstenose, insbesondere linksseitig
- L3/4 mit Punctum maximum der foraminalen Einengung rechtsseitig
- Keine Hinweise auf pathologische Signalalterationen im Myelon, normale Darstellung des Conus medullaris
- Keine Hinweise auf pathologische KM-Anreicherung in den Wirbelkörpern oder in den Disci intervertebrales

Beurteilung: Degenerative Veränderungen der LWS, wie oben beschrieben. Spinalkanalstenose mit Punctum maximum auf L4/5. Foraminale Einengungen mit Punctum maximum auf L3/4 rechts, wie oben beschrieben.

10.44 Die am 8. Oktober 2018 durchgeführte «3-Phasen-Skelettszintigrafie und SPECT/CT Knie links mit 652 MBq<sup>99m</sup>Tc-DPD» (A.S. 221) beurteilten PD Dr. med. BU.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und pract. med. BV.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Klinik für Nuklearmedizin am BT.\_\_\_\_, wie folgt: Aktuell keine Voruntersuchung zum Vergleich vorliegend. Kein Hinweis auf eine Lockerung der Knie-TP links. Vermehrter ossärer Umbau an der Tuberositas tibiae beidseits betont links, a.e. Insertionstendinopathie. Degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks.

10.45 Im Bericht vom 10. Dezember 2018 (Beilage 3 zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. Januar 2019) hielt Dr. med. BW.\_\_\_\_, Spitalfachärztin, Spital BX.\_\_\_\_, Schmerzzentrum, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, betreffend den Verlauf der Behandlungen des Beschwerdeführers vom 16. Oktober und 23. November 2018 in der ambulanten Schmerzprechstunde folgende Diagnosen fest:

- Status nach Knie-Distorsion links 1993 mit Ruptur vorderes Kreuzband, Riss des lateralen Meniskus beim Fussballspielen
- Status nach lateraler Teilmenisektomie links
- Status nach vorderer Kreuzbandplastik 1995 bei persistierender Instabilität
- Status nach OSME 1997
- Status nach KAS und Débridement 2012

–Status nach Knie-Totalprothese links 2015

–anamnestisch Status nach multiplen intraartikulären Infiltrationen und Infiltrationen im Bereich des Pes anserinus Knie links, ohne Effekt auf die Schmerzsituation

–Foramenstenose L3/4 und L4/5 links, mässiger Rezessusstenose L4/5 links mit Ausstrahlung der Schmerzen vor allem im Bereich L5

Beim Beschwerdeführer lägen muskuloskeletale und vor allem neuropathische Schmerzen im linken Knie nach multiplen Operationen vor. Bereits multiple konservative Therapien als auch infiltrative Therapien und zum Teil medikamentöse Therapien hätten keinen Effekt gezeigt. Bei chronisch gutartigen Schmerzen sollte mit dem Einsatz von Opioiden zurückhaltend umgegangen werden, weswegen ein Ausschleichen des Tramals empfohlen werde. Zurückhaltender Einsatz von nichtsteroidalen Antirheumatika bei deutlichen Magenbeschwerden. Leitliniengerecht werde zur Therapie von neuropathischen Schmerzen die Austestung mit einem Antikonvulsivum oder Antidepressivum empfohlen. Die Kollegen der Orthopädie würden um eine Zweitbeurteilung der Situation im linken Knie gebeten.

10.46 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2018 (A.S. 122 ff.) hielten Dr. med. M.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, FMH, Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologie FMH, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FHM, zusammenfassend fest: Auf neurologischem sowie psychiatrischem Fachgebiet lägen keine Unfallfolgen und keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Orthopädisch sei seit 2012 eine zu 100 % dauerhaft erloschene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anzunehmen, dies auf Grund einer unfallkausalen progredienten Kniegelenkspathologie links, die letztlich 2015 in einen notwendigen Gelenkersatz eingemündet habe. In angepassten Tätigkeiten sei jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Der objektiv gut gelungene Kniegelenkersatz links bedinge einen Integritätsschaden von 20 %.

## **E. 11**

11.1 Die Beschwerdegegnerin stellte im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Januar 2017 im Wesentlichen auf den Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015 (E. II. 10.28 hiervor) ab (vgl. A.S. 5 ff.). Demnach sei der Beschwerdeführer wegen der Einschränkungen im linken Knie in seiner angestammten Tätigkeit als Bodenleger nicht mehr arbeitsfähig, könne jedoch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeiten. Im Rahmen des in der Klinik G.\_\_\_\_ durchgeführten psychosomatischen Konsiliums wurden nebst der sich auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beziehenden Diagnose bezüglich des linken Knies zudem die «Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» sowie eine «subdepressive affektive Auslenkung bei psychosozialer Belastung durch Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Probleme der Ehefrau (ICD-10 F43.21, Z56, Z63)» ausgewiesen und festgehalten, die lang andauernde Schmerzsymptomatik im Rahmen der Neuroplastizität habe wahrscheinlich zur Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses bzw. zur Entwicklung einer eigentlichen «Schmerzkrankheit» mit zunehmender Zentralisierung des Schmerzgeschehens beigetragen (Suva-Nr. 341 S. 3 unten). Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden, welche teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. Deshalb seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen

Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (Suva-Nr. 341 S. 2).

11.2 Die Klinik G.\_\_\_\_ ist eng mit der Beschwerdegegnerin verbunden. Ihre Berichte sind daher beweismässig denjenigen versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte gleichzustellen. Ergänzende Abklärungen sind daher bereits erforderlich, wenn durch andere medizinische Stellungnahmen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen geweckt werden (vgl. E. II. 5.4 hiervor). Nach der Erstellung des Austrittsberichts der [Klinik] G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015 (Suva-Nr. 341), aber vor dem Einspracheentscheid vom 23. Januar 2017 fanden verschiedene medizinische Abklärungen statt, über welche Berichte verfasst wurden (E. II. 10.31 ■ 10.37 hiervor). Diese erwähnen teilweise zuvor nicht bekannt gewesene Diagnosen, namentlich eine Ansatzendinopathie Pes anserinus und einen Verdacht auf ein störendes Narbengewebe hinter dem Hoffa-Körper sowie ein lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom. Einige dieser Berichte lagen der Beschwerdegegnerin vor, bevor der Einspracheentscheid erlassen wurde. Dies gilt beispielsweise für den Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 14. September 2016 (Suva-Nr. 451), der diese Diagnosen erwähnt und als unfallkausal bezeichnet. Diese Berichte einer als renommiert zu bezeichnenden Klinik sind geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung durch die Klinik G.\_\_\_\_ zu erwecken. Die Beschwerdegegnerin ging jedoch im Einspracheentscheid, wie der Beschwerdeführer zu Recht rügen lässt, nicht auf die neu aufgelegten ärztlichen Stellungnahmen ein. Das Gericht war daher gehalten, die entstandenen, zumindest geringen Zweifel durch zusätzliche Abklärungen auszuräumen. Deshalb holte das Versicherungsgericht das polydisziplinäre Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2018 (A.S. 122 ff.) ein.

12. Wie bereits unter E. II. 5.5 hiervor erwähnt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen.

12.1 Das durch Dr. med. M.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologie FMH, und Dr. med. O.\_\_\_\_ Psychiatrie und Psychotherapie FHM, verfasste polydisziplinäre Gutachten vom 28. Dezember 2018 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 5.3 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: Da der Beschwerdeführer unter Beizug einer [...] sprechenden Dolmetscherin (A.S. 124, 156, 188) u.a. Angaben zu den aktuellen Beschwerden, zur aktuellen Therapie und Medikation, zur Bildung und zum beruflichen Werdegang sowie zur Sozial-Anamnese machte (A.S. 125 ff., 157 ff., 189 ff.), wurden die von ihm geklagten subjektiven Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen, indem beim Beschwerdeführer sowohl eine neurologische als auch eine orthopädische klinische Untersuchung durchgeführt wurden (A.S. 146 ff. und 176 ff.), in deren Rahmen eine neurologische Zusatzdiagnostik mittels elektrophysiologischer Untersuchung erfolgte (A.S. 149 f., A.S.216 f.). Weiter erfolgte eine psychiatrische Untersuchung nach AMDP (A.S. 209 ff.) und am 22. Oktober 2018 die

Erstellung eines Medikamentenspiegels (A.S. 218). Durch das Aufführen sowohl der medizinischen Berichte als auch der beruflichen Abklärungen unter dem Titel «Aktendokumente und medizinische Vorgeschichte» (A.S. 128 ff., 159 ff., 192 ff.) in sämtlichen Teilgutachten, kann bei den Gutachterpersonen zudem von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden.

Ferner leuchten auch die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: Der Beschwerdeführer gibt an, aktuell unter attackenartig auftretenden Schmerzen entlang des linken Schienbeins, die sich über das laterale Sprunggelenk zur Ferse links ausbreiteten, zu leiden. Die Attacken mit nadelstichartigen Schmerzen würden nachts auftreten, wenn der Beschwerdeführer tags zuvor viel gelaufen sei (A.S. 125 oben). Etwa zwei bis drei Monate nach der Knieoperation vom März 2015 habe der Beschwerdeführer erstmals auch Hüftschmerzen rechts bemerkt, die beim Gehen und Stehen aufträten. Es bestünden zudem auch Lumbalgien, wobei der Schmerzschwerpunkt im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule liege (A.S. 126 oben). Auf Grund dieser Ausführungen hielt der neurologische Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise fest, es habe sich keine eindeutig radikuläre Schmerzausbreitung erfragen lassen (A.S. 150 Mitte). Im Rahmen der durchgeführten neurologischen Untersuchung wurden eine Hypästhesie, eine Hypalgesie und eine Thermhypästhesie des gesamten linken Unterschenkels, beginnend oberhalb der Patellaoberkante nach distal und unter Einschluss der Fussrückens links, angegeben (A.S. 148 oben). Die gemäss dem neurologischen Experten dadurch beklagte Sensibilitätsstörung sei auf Grund der durchgeführten Untersuchungen weder radikulär noch peripher-nerval oder zentral ausreichend schlüssig zuzuordnen (A.S. 150 unten). Diese Beurteilung leuchtet ein, da der Gutachter ausführte, es fänden sich keine Paresen oder Atrophien, insbesondere keine Atrophie des linken Beins, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich erhältlich, die lumbale Beweglichkeit sei ungestört, das Zeichen nach Lasègue beidseitig negativ (A.S. 150). In diesem Zusammenhang wurde zudem eine elektroneurographische Zusatzdiagnostik durchgeführt (vgl. A.S. 151 oben, 216 f.), welche unauffällige Befunde ergab. So ging Dr. med. N.\_\_\_\_ zusammenfassend von regelrechten Ergebnissen in der motorischen und sensibel-antidromen Neurographie der untersuchten Beinnerven, keinem Anhalt für eine Polyneuropathie, eine Mononeuritis multiplex oder eine anderweitige peripher-neurogene Schädigung der untersuchten Beinnerven, aus (A.S. 151, 217). Die weitere Einschätzung des Gutachters, wonach die anamnestische analgetische Polypragmasie mit formal hoch bis toxisch dosierten Analgetika-Einnahme-Angaben, einschliesslich der angegebenen Einnahme eines ■ zudem potenziell suchtsinduzierten ■ Opioids, auffällig sei, vermag u.a. aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers bei der gutachterlichen Besprechung einzuleuchten. So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der Besprechung mit dem Gutachter an (A.S. 127 Mitte), er nehme viermal täglich 1 g Paracetamol, viermal täglich 1 g Metamizol (jeweils zwei Tabletten Novalgin 500 mg) und zweimal täglich Tramal retard 50 mg morgens und abends. Morgens nehme er Pantoprazol 40 mg ein. Er appliziere eine pflanzliche Schmerzcreme (Traumaplant-Salbe) am Rücken, den Hüften und dem linken Knie. Ein Schmerzkalender werde nicht geführt. Seit circa zwei Monaten erfolge keine physiotherapeutische Beübung mehr, diese habe in der Vergangenheit keinen Effekt gehabt. Der durchgeführte Medikamentenspiegel vom 22. Oktober 2018 (A.S. 218) ergab folgende Resultate: Paracetamol (Normwert: 66 ■ 199 umol, Beschwerdeführer: 44,3 umol), Metamizol (1,0 ■ 12,0 ug/ml, Beschwerdeführer: < 0,5 ug/ml), Tramadol (Normwert: 200 ■ 600 ng/ml, Beschwerdeführer < 20 ng/ml). Gestützt auf diese

Ergebnisse ist nachvollziehbar, dass der Neurologe in seiner Beurteilung darlegte, die angegebenen Pharmaka liessen sich nicht bzw. nicht in den anamnestischen Angaben entsprechenden Spiegeln im Labor nachweisen. Daher bestehe hier also ein deutlicher Hinweis auf nicht plausible Angaben bezüglich des Analgetikabedarfes, was wiederum Zweifel an der reklamierten Ausprägung der Beschwerden stütze, zumal der Beschwerdeführer auch bei der gutachterlichen Untersuchung nicht namhaft schmerzgeplagt gewirkt habe (A.S. 151).

Da der Beschwerdeführer bei der Anamnese im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens «nadelstichartige Schmerzen» im Bereich des linken Kniegelenks medial und im Bereich der Schienbeinkante links nach distal abstrahlend sowie «elektrisierende nächtliche Schmerzen» in dieser Region schilderte (A.S. 157), ging der orthopädische Gutachter Dr. med. M. \_\_\_ darauf ein. Seine Einschätzung, wonach das linke Kniegelenk reizfrei sei, ohne Anzeichen für einen Infekt (A.S. 182), vermag auf Grund der erhobenen klinischen Befunde zu überzeugen. So wurden bei der klinischen Untersuchung der Kniegelenke (A.S. 180 Mitte) weder eine Abweichung oder eine Asymmetrie der Gelenkachse, noch eine Schwellung, ein Kniegelenkserguss, degenerative Vergrößerungen oder muskuläre Atrophien festgestellt, sondern lediglich eine reizlose Narbe über dem linken Kniegelenk von 18 cm Länge. Daher kann das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 227 Mitte), wonach sein linkes Knie nach Belastung geschwollen sei, nicht nachvollzogen werden. Weiter fand sich ein Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt links sowie am Pes anserinus links. Die Meniskuszeichen waren negativ und es waren weder eine arthrotische Krepitation noch ein nachweisbarer fluktuierender Erguss, eine Instabilität der medialen oder lateralen Kollateralbänder, oder eine Kreuzbandinstabilität eruierbar (A.S. 180 Mitte). Auf Grund der durch den orthopädischen Gutachter in Auftrag gegebenen 3-Phasen-Skelettszintigraphie vom 8. Oktober 2018 (A.S. 221), in deren Rahmen u.a. kein Hinweis auf eine Lockerung der Knie-Totalprothese links, ein vermehrter ossärer Umbau an der Tuberositas tibiae beidseits betont links, a.e. Insertionstendinopathie, sowie degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks objektiviert werden konnten, überzeugt die diesbezügliche Einschätzung des orthopädischen Gutachters Dr. med. M. \_\_\_ (A.S. 182), wonach diese Untersuchung keinen Hinweis für einen Infekt oder eine Prothesenlockerung zeige. Das diesbezügliche Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 227), wonach das orthopädische Teilgutachten nur auf den Befund, dass keine Lockerung der Knie-ZP links bestehe, abstelle und die übrigen Befunde (vermehrte Radionuklidanreicherung an der Tuberositas tibia, kleiner Gelenkerguss und kleines Ossikel im Rec. Suprapatellaris) nicht berücksichtige, vermag daher nicht zu überzeugen. So wurden diese Befunde bereits durch die die 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT/CT Knie links durchführenden Ärzte bei deren Beurteilung nicht separat hervorgehoben. Daher erscheint auch die Zusammenfassung des orthopädischen Experten schlüssig, wonach sich kein die geklagten Schmerzen erklärendes klinisches Substrat auf orthopädischem Fachgebiet finde (A.S. 182). Auf die durch den Beschwerdeführer im Weiteren geklagten lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung über die rechte Hüfte bis ins rechte Knie beim Laufen und Stehen (A.S. 157 Mitte) ging der orthopädische Experte ebenfalls in nachvollziehbarer Weise ein (A.S. 182), wobei er darlegte, dass sich auch für diese kein klinisches Korrelat finde (keine Funktionseinschränkung, keine Tonuserhöhung der paravertebralen Muskulatur, keine namhafte Einschränkung der spontanen Mobilität). Dies leuchtet ein, da bei der gutachterlichen klinischen Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule (A.S. 177) weitgehend unauffällige Befunde erhoben werden

konnten. So wurden weder ein Druck- noch ein Klopfschmerz in der Dornfortsatzreihe, eine normale paravertebrale Muskelspannung, keine Druckdolenz der Iliosakralfugen, kein Federungsschmerz der lumbalen Facetten, keine Kompressionsschmerzangabe des Thorax, eine uneingeschränkte Thoraxexkursion bei Inspiration / Expiration, keine Druckdolenz der Symphyse sowie eine uneingeschränkte Beweglichkeit des Rumpfes festgestellt. Zudem habe bei der spontanen Mobilität eine freie spinale Beweglichkeit festgestellt werden können. Daraus folgte Dr. med. M.\_\_\_\_ in plausibler Weise, dass der spinale Bildbefund eines engen Spinalkanals ohne ausreichendes Korrelat bleibe (A.S. 182). Da beim Beschwerdeführer ein BMI von 32 kg/m<sup>2</sup> festgestellt wurde (A.S. 176), überzeugt im Weiteren, dass der orthopädische Gutachter eine Gewichtsreduktion und eine allgemeine Konditionierung empfahl (Diät, Schwimmen), um eine geeignete generelle Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates zu erreichen (A.S. 183 oben). Wie bereits oben anlässlich des neurologischen Teilgutachtens ausgeführt, stellte auch Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, dass bei der erfolgten Medikamentenbestimmung die Ergebnisse für Novalgin und Tramadol unter den zu erwartenden Werten liegen würden, was er ebenfalls ■ wie auch der neurologische Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ ■ als Inkonsistenznachweis bezüglich der Schmerzangaben und des damit verbundenen Analgetikabedarfes wertete (A.S. 183). In diesem Zusammenhang vermag auch die Schlussfolgerung von Dr. med. M.\_\_\_\_ zu überzeugen, wonach die anamnestischen Schmerzangaben zumindest hinsichtlich der reklamierten Ausprägung nicht ausreichend plausibel seien und im klinischen Befund kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck entstanden sei (A.S. 183). Eine entsprechende Einschätzung machte der orthopädische Experte bereits im Rahmen des orthopädischen Untersuchungsbefundes (A.S. 176 unten), wo er zudem u.a. Folgendes festhielt: «Regelrechtes Gangbild beim Betreten und Verlassen des Untersuchungsraumes, Treppenlaufen im Institutsgebäude treppab im Wechselschritt, treppauf mit dem rechten Bein voran. Kein Schonsitz, keine Schonhaltung.».

In der zuletzt durchgeführten psychiatrischen Teilbegutachtung (vgl. A.S. 188 unten) schloss Dr. med. O.\_\_\_\_ auf Grund des durchgeführten psychiatrischen Untersuchungsbefundes nach AMDP (A.S. 209 ff.) auf nicht erhebliche Auffälligkeiten, insbesondere seien die Stimmung, der Antrieb und die affektive Schwingungsfähigkeit weitgehend ungestört. Deshalb sei eine affektive Erkrankung nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren (A.S. 211). Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. So sei der Beschwerdeführer im Gespräch ruhig und gelassen gewesen, habe mit ausreichender Sprachproduktion ohne Antwortlatenzen berichtet, wobei die Sprachmelodie lebhaft gewesen sei. Die Mimik und Gestik seien unbeeinträchtigt und der Rapport geordnet gewesen, es habe weniger Strukturierungen durch den Untersucher gebraucht. So habe gemäss dem psychiatrischen Experten insgesamt kein psychisch erheblich beeinträchtigter Eindruck bestanden (A.S. 209 unten). Im Weiteren wurden die folgenden Befunde erhoben: Keine Anhaltspunkte für eine qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörung, zu Ort, Zeit und Situation voll orientiert, intaktes Lang- und Kurzzeitgedächtnis, unauffällige Konzentration sowie Aufmerksamkeit, ungestörtes formales Denken, weder Ängste noch Befürchtungen, kein Vermeidungsverhalten zu eruieren und keine Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen, keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, keine Hinweise für das Vorliegen von akustischen, optischen, gustatorischen, olfaktorischen oder zoenästhetischen Halluzinationen, keine Ich-Störung zu eruieren, euthym wirkende Stimmung, affektiv gut schwingungsfähig, Auslenkung zum positiven Pol gelinge, keine Hinweise für Schuldgefühle und Insuffizienzerleben, unauffällig wirkender Antrieb, keine

psychomotorischen Auffälligkeiten, kein Anhalt für Suizidgedanken oder -pläne (A.S. 210 f.). Gestützt auf diese Befunde vermag die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters einzuleuchten, wonach sich auch für andere psychiatrische Erkrankungen kein Anhalt finde. So lägen weder eine Angst- oder Zwangserkrankung, eine Persönlichkeitsstörung, eine Suchterkrankung, eine Traumafolgestörung noch andere psychiatrische Erkrankungen vor, da die entsprechenden ICD-Kriterien fehlten (A.S. 211). In Bezug auf die Diagnose einer «somatoformen Schmerzstörung» führte Dr. med. O. \_\_\_ aus, eine solche sei ebenfalls nicht zu diagnostizieren. So sei ein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender, erheblicher seelischer oder psychosozialer Konflikt anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Somit sei auch hier eine ICD-10-konforme Diagnosestellung nicht möglich (A.S. 211 f.). Diese gutachterliche Beurteilung überzeugt auf Grund der Angaben des Beschwerdeführers bei der psychiatrischen Exploration. So führte er dort Folgendes aus: Er fühle sich auf Grund der Schmerzen, aber auch der Arbeitsunfähigkeit eher traurig und bedrückt. Wenn er mit seinem Sohn oder mit Kollegen zusammen sei, könne er sich aber durchaus freuen und lachen. Er sei weder empfindlich, dünnhäutig oder reizbar. Auch Antrieb und Motivation seien vorhanden, er würde eigentlich gerne arbeiten. Es bestünden jedoch Zukunftsängste und er sorge sich um seine Gesundheit, leide nicht an Unruhe und es bestünden wenig Grübeln und Gedankenkreisen. Zudem seien im Verlauf keine lebensmüden Gedanken aufgetreten (A.S. 189 Mitte). Die daraus gezogenen Schlussfolgerungen des psychiatrischen Experten (A.S. 212), wonach keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit vorliege und insbesondere kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Fehlverarbeitung des Unfallereignisses vom 17. April 1993 bestehe, da die ICD-10-Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht herauszuarbeiten seien und das Unfallereignis zudem nicht ausreichend gravierend gewesen sei, um eine psychische Folgestörung zu begründen (kein lebensbedrohliches oder katastrophales Ereignis), erscheinen daher plausibel.

Damit kann dem Gutachten der Begutachtungsstelle L. \_\_\_ vom 28. Dezember 2018 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

12.2 Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen geeignet sind, die Beweiskraft des polydisziplinären Gerichtsgutachtens der Begutachtungsstelle L. \_\_\_ zu erschüttern:

12.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_ kann festgehalten werden, dass in den vorliegenden Akten kein Arztbericht eines auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie oder Psychotherapie spezialisierten Fachperson dokumentiert ist. So gab der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen Experten denn auch an, es finde keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt (A.S. 189 unten). Einzig im Austrittsbericht der [Klinik] G. \_\_\_ vom 11. November 2015 (vgl. E. II. 10.28 hiervor) ist die Rede von einem im November 2015 durchgeführten psychosomatischen Konsilium, in dessen Rahmen die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.4 und eine subdepressive affektive Auslenkung bei psychosozialer Belastung durch Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Probleme der Ehefrau (ICD-10 F43.21, Z43.21, Z56, Z63) diagnostiziert wurden. Im Austrittsbericht vom 11. November 2015 (Suva-Nr. 341 S. 3 unten) wurde u.a. angegeben, der Beschwerdeführer wirke psychomotorisch durchaus lebhaft und affektiv schwingungsfähig. Er äussere sich besorgt über seine weitere gesundheitliche und materielle Zukunft, zumal auch die Ehefrau gesundheitliche Probleme

aufweise und nicht zum Lebensunterhalt beitragen könne. Insbesondere setze ihm die schon seit drei Jahren bestehende Arbeits-Karenz zu, was mit Insuffizienz- und Schamgefühlen, sozialem Rückzug, grüblerischen Tendenzen, einer Nivellierung des Arbeitsniveaus und Schlafstörungen verbunden sei. Neben dieser subdepressiven affektiven Auslenkung bestehe zumindest der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wobei die lang andauernde Schmerzsymptomatik im Rahmen der Neuroplastizität wahrscheinlich zur Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses bzw. zur Entwicklung einer eigentlichen «Schmerzkrankheit» mit zunehmender Zentralisierung des Schmerzgeschehens beigetragen habe. Anlässlich der psychiatrischen Exploration im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 28. Dezember 2018 bestätigte Dr. med. O.\_\_\_\_ sowohl eine weitgehend ungestörte Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit als auch in Bezug auf das vorrangige Berichten von Schmerzen im Bereich des linken Knies, der Hüfte und des Rückens eine assoziierte Bedrückung und Zukunftsängste, wobei er explizit darauf hinwies, dass eine höhergradige psychische Beeinträchtigung nicht zum Vortrag komme und auch in der vertiefenden Exploration nicht herauszuarbeiten sei (A.S. 211). Die im Austrittsbericht festgehaltenen Beobachtungen wurden somit im Gutachten teilweise bestätigt und versicherungsmedizinisch eingeordnet. Diese Einordnung ist überzeugend und die Schlussfolgerungen des Gutachters werden durch den Umstand gestützt, dass sich der Beschwerdeführer nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befand. Auf die im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ erwähnte Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung ging Dr. med. O.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise ein, wobei er eine somatoforme Schmerzstörung klar verneinte (A.S. 211 unten). Dabei legte er überzeugend dar, dass anamnestisch kein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender, erheblicher seelischer oder psychosozialer Konflikt herauszuarbeiten sei, weshalb keine ICD-10-konforme Diagnosestellung möglich sei. Daher konnte er die im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ lediglich als Verdachtsdiagnose ■ und somit noch nicht als gesicherte Diagnose ■ bezeichnete Schmerzstörung nicht bestätigen, was überzeugend begründet wird.

Somit vermag das im Rahmen des Austrittsberichts der [Klinik] G.\_\_\_\_ durchgeführte psychosomatische Konsilium den Beweiswert des psychiatrischen Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen.

12.2.2 Betreffend das neurologische Teilgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ ist festzustellen, dass sich in den medizinischen Vorakten keine abweichenden Stellungnahmen von auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Fachpersonen finden. Der einzige diesbezügliche Bericht vom 24. Februar 2017 (E. II. 10.41 hiervor) hält vielmehr fest, die neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen seien regelrecht ausgefallen, ohne Anhalt für eine Polyneuropathie oder Radikulopathie als Ursache der Schmerzsymptomatik. Auch die durch den Gutachter selbst veranlassten zusätzlichen Untersuchungen ergaben unauffällige Ergebnisse (vgl. A.S. 216 f.). Deshalb wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch die übrigen Arztberichte nicht beeinträchtigt.

12.2.3 Bezugnehmend auf das orthopädische Gerichtsgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ ist zunächst auf die Berichte des Orthopäden Dr. med. Z.\_\_\_\_ vom 3. und 10. Februar, 16. März, 11. April, 12. und 22. Juni, 6. September, 16. Oktober sowie 8. November 2012 einzugehen. Er wies in seinen im Jahr 2012 verfassten Arztberichten im Hinblick auf die Schmerzen im linken Knie des Beschwerdeführers insbesondere auf eine recht fortgeschrittene Degeneration in sämtlichen Kompartimenten im Sinne einer

Pangonarthrose hin, wobei er die Degeneration in seinen zeitlich nachfolgend verfassten Berichten stets bestätigte. So ging er im Bericht vom 10. Februar 2012 (vgl. E. II. 10.7 hiervor) von einer «aktivierten lateral betonten Gonarthrose links» und einem «degenerativ lateralen Meniskuskomplexriss links» aus und führte daher am 27. Februar 2012 (vgl. E. II. 10.8 hiervor) eine Kniearthroskopie, Gelenkskörperentfernung und ein Shaving laterales Kompartiment links durch. Die Diagnose einer Gonarthrose bestätigte er auch in den im weiteren Verlauf erstellten Berichten. Auch Dr. med. AA.\_\_\_\_ wies im Bericht vom 2. Mai 2012 (vgl. E. II. 10.9 hiervor) eine «sekundäre posttraumatische Gonarthrose links» aus. Zudem wurde im Bericht vom 27. März 2013 der Klinik E.\_\_\_\_ die als Grund für die Ätiologie der Schmerzen zunächst angenommene «symptomatische Gonarthrose» (vgl. E. II. 10.17 hiervor) im nachfolgenden Bericht vom 5. Juni 2013 (vgl. E. II. 10.18 hiervor) als «deutliche Pangonarthrose» bezeichnet. Dies bestätigte sodann auch Dr. med. AK.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. Juli 2014 (vgl. E. II. 10.21 hiervor), indem er von einer «mässiggradigen Pangonarthrose des linken Kniegelenkes» ausging. Im Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 19. August 2014 (vgl. E. II. 10.22 hiervor) wurde erstmals darauf hingewiesen, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden nicht eindeutig einer Gonarthrose der linken Seite zuordenbar seien. So würden v.a. die Schmerzen im Bereich des Pes anserinus-Ansatzes imponieren. Die Pangonarthrose wurde am 13. März 2015 mittels Totalendoprothese versorgt (vgl. E. II. 10.25 hiervor). Trotz der Durchführung dieses operativen Eingriffs klagte der Beschwerdeführer auch weiterhin über Schmerzen im linken Knie (vgl. E. II. 10.26 hiervor), welche im Sprechstundenbericht vom 18. Juni 2015 (vgl. E. II. 10.27 hiervor) als «deutliche Restbeschwerden» beschrieben wurden. Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 17. März 2016 (vgl. E. II. 10.31 hiervor) wurde diesbezüglich eine «Ansatztendinopathie des Pes anserinus mit Bursitis anserina» diagnostiziert, was im Bericht vom 14. Juli 2016 (vgl. E. II. 10.33 hiervor) bestätigt wurde. Diese Schmerzen liessen sich auch durch Physiotherapie nicht beeinflussen. So führte die Physiotherapeutin BY.\_\_\_\_ im Abschlussbericht vom 29. Juni 2016 aus, der Schmerz habe nicht mit Hilfe der Physiotherapie beeinflusst werden können. Mit diesen Ausführungen vereinbar sind auch die Angaben des orthopädischen Gutachters Dr. med. M.\_\_\_\_. So hielt er im Rahmen der klinischen Untersuchung der unteren Extremitäten zum einen fest, es seien u.a. keine tastbaren degenerativen Exostosen (A.S. 179 unten) und keine degenerativen Vergrößerungen im Bereich der Kniegelenke (A.S. 180 Mitte) feststellbar. Daher kam er zum Ergebnis, dass die hiesige klinische Untersuchung ein reizfreies linkes Kniegelenk ohne Anzeichen für einen Infekt zeige (A.S. 182 oben).

Im Sprechstundenbericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 14. September 2016 (vgl. E. II. 10.34 hiervor) wurde nebst der Ansatztendinopathie Pes anserinus zum ersten Mal ein «reaktives lumbospondylogenes Schmerzsyndrom» ausgewiesen und festgehalten, sobald sich die Schmerzen im linken Knie verbessern würden, werde auch ein Rückgang der Rückenschmerzen erwartet. Allerdings profitierte der Beschwerdeführer immer nur sehr kurzfristig von den Therapien. Auf Grund der nachfolgend durchgeführten Röntgen- und MRI-Aufnahmen der LWS (vgl. E. II. 10.38 f. hiervor) wurden im Sprechstundenbericht vom 8. Februar 2017 (vgl. E. II. 10.40 hiervor) nebst einer «Ansatztendinopathie Pes anserinus» eine «Lumbalgie sowie pseudoradikuläre Schmerzen» diagnostiziert. Anlässlich des am 8. Oktober 2018 durchgeführten MRI LWS nativ / i.v. KM (vgl. E. II. 10.43 hiervor) konnten degenerative Veränderungen der LWS objektiviert und die zuvor im Sprechstundenbericht vom 28. Dezember 2017 (vgl. E. II. 10.42 hiervor) als Verdachtsdiagnose bezeichnete L5-Wurzelclaudicatio im Sinne einer Spinalkanalstenose

mit Punctum maximum auf L4/5 bestätigt werden. Diese degenerativen Veränderungen im rechten [recte: linken] Kniegelenk konnten anlässlich des am 8. Oktober 2018 durchgeführten Spect/CT des linken Knies (vgl. E. II. 10.44 hiervor) bestätigt werden. Daher überzeugt die Einschätzung des orthopädischen Gutachters Dr. med. M.\_\_\_\_, wonach die im aktuellen MRI nachgewiesenen degenerativen Veränderungen bereits aktenkundig erwähnt worden seien (A.S. 182 unten). Der Gutachter konnte diese Erkenntnisse im Rahmen seiner Expertise berücksichtigen.

Somit vermögen die vor dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ verfassten orthopädischen Arztberichte dessen Beweiswert nicht zu verringern.

12.3 Nachfolgend ist auf die gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

12.3.1 Der Beschwerdeführer weist darauf hin (A.S. 226), dass er die Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ nach wie vor ablehne. So habe der medizinische und fachliche Leiter dieser Begutachtungsstelle Prof. Dr. med. BZ.\_\_\_\_ in der jüngeren Vergangenheit wegen einer Einladung zur Vortragsreihe der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ mit dem Titel «Vermeidung ungerechtfertigter Krankentaggeld-, IV und UV-Leistungen» in der Kritik gestanden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Bundesgericht ■ wie der Beschwerdeführer selbst erwähnt ■ in mehreren Urteilen eine daraus resultierende Befangenheit von Prof. Dr. med. BZ.\_\_\_\_ verneint hat (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C\_548/2016 vom 4. Januar 2017 E. 4.1). Es ist kein Grund ersichtlich, um von dieser höchstrichterlichen Praxis abzuweichen (vgl. auch Ziffer 1.1 der Kurzbegründung zu Ziffer 3 der Zwischenverfügung vom 9. November 2017, A.S. 76 ff.).

12.3.2 Der Beschwerdeführer weist weiter darauf hin, dass in einer Fernsehsendung die Arbeit der Begutachtungsstelle, insbesondere eine konkrete psychiatrische Begutachtung, kritisiert worden sei (vgl. Beilage 1 zur Eingabe vom 28. Januar 2019). Aus diesem Fernsehbericht und den darin enthaltenen Behauptungen lässt sich jedoch für das vorliegende Beschwerdeverfahren nichts ableiten, zumal die genauen Sachverhalte und Hintergründe unbekannt sind. Im Übrigen liegt der Fall schon länger zurück (offenbar ging es um eine Begutachtung im Dezember 2013).

12.3.3 In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer in der Stellungnahme zum Gutachten vom 28. Januar 2019 geltend gemachten Ausstandsgründe gegen Dr. med. N.\_\_\_\_ und Dr. med. O.\_\_\_\_ (vgl. A.S. 228 oben), wonach es sich bei den in Deutschland praktizierenden Ärzten um «fliegende Gutachter» handle, die nur für die einmalige Untersuchung des Beschwerdeführers in die Schweiz einreisten und denen die hiesigen Normen des UVG nicht bekannt seien (A.S. 228), kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer dies bereits in seiner Eingabe ans Versicherungsgericht vom 30. Oktober 2017 (A.S. 65 ff.) sowie in seiner Beschwerde ans Bundesgericht vom 6. Dezember 2017 (A.S. 85 ff.) vorbrachte. Wie in Ziffer 1.2 der Kurzbegründung zu Ziffer 3 der Zwischenverfügung vom 9. November 2017 (A.S. 76 ff.) festgehalten wurde, verfügen beide Ärzte gemäss dem Medizinalberuferegister ([www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch), zuletzt besucht am 21. Juli 2019) über die deutschen Facharzt diplome als Neurologe bzw. Psychiater. Aus dem Register geht weiter hervor, dass ihre im Ausland erworbenen Weiterbildungstitel in der Schweiz anerkannt sind: So verfügt der Neurologe Dr. med. N.\_\_\_\_ seit dem 1. Juli 2010 über die Anerkennung seines Weiterbildungstitels «Neurologie». Zudem wurde ihm im Jahr 2012 die Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Zürich erteilt. Der Psychiater und

Psychotherapeut Dr. med. O. \_\_\_ verfügt seit dem 28. Juli 2011 über die Anerkennung des Weiterbildungstitels «Psychiatrie und Psychotherapie» und im Jahr 2012 wurde ihm in die Berufsausübungsbewilligung erteilt. Die beiden Ärzte verfügen offensichtlich über die erforderliche Befähigung. Ein Ausstandsgrund ist nicht ersichtlich.

12.3.4 Der Beschwerdeführer bringt ferner vor (A.S. 227), er sei durch die Gutachter nur sehr kurz untersucht und befragt worden. So hätten die Untersuchungen und Erhebungen, welche hätten übersetzt werden müssen, nicht mehr als 45 Minuten gedauert, was angesichts der Tatsache, dass Erhebungen mit Dolmetschern deutlich länger dauerten als solche in Deutsch, übermässig kurz sei. Dazu kann festgehalten werden, dass das Gerichtsgutachten ausführliche Angaben enthält, welche für eine längere Untersuchungsdauer sprechen. Die Dauer der einzelnen Untersuchungen und Befragungen wird im Gutachten allerdings nicht konkret festgehalten. Einen Anhaltspunkt liefern immerhin die beiden (den Parteien zugestellten, vgl. Ziffer 4 der Verfügung vom 4. Februar 2019, A.S. 230) Rechnungen der Dolmetscherin, welche für den 10. September 2018 (neurologische und orthopädische Begutachtung) auf eine Einsatzdauer (ohne Weg-Zeitpauschale) von 4,25 Stunden und für den 10. Oktober 2018 (psychiatrische Begutachtung) auf eine solche von 2,5 Stunden lauten. Vor diesem Hintergrund erscheint es als zumindest überwiegend wahrscheinlich, dass die einzelnen Untersuchungen / Explorationen erheblich länger dauerten als die vom Beschwerdeführer angegebenen 45 Minuten. Selbst wenn jedoch davon auszugehen wäre, dass sich die Gutachter mit vergleichsweise kurzen Untersuchungen begnügt hätten, wäre diese Tatsache nicht geeignet, die Qualität der Expertise an sich in Frage zu stellen. Denn für den Aussagegehalt einer medizinischen Untersuchung kommt es nicht in erste Linie auf deren Dauer an, sondern es ist massgebend, ob eine Beurteilung inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen, 8C\_356/2018 vom 14. März 2019 E. 4.2). Dies trifft hier, wie dargelegt, zu.

12.3.5 Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 229), es sei unerklärlich, weshalb der psychiatrische Gutachter zur Begutachtung Dr. med. CA. \_\_\_ für einen Bluttest beigezogen habe, was aus der vom gleichen Tag wie die psychiatrische Begutachtung datierenden Rechnung vom 10. Oktober 2018 hervorgehe. Inwiefern diese Blutentnahme notwendig gewesen sei, ergebe sich weder aus den Akten noch liege ein Laborbefund bei den Akten. Dazu ist festzuhalten, dass sich der Laborbefund (wenn auch mit dem Datum 22. Oktober 2018) als Anhang zum Gutachten bei den Gerichtsakten befindet (A.S. 218); er wird auch in der gutachterlichen Konsensbeurteilung vom 28. Dezember 2018 als Beilage erwähnt (A.S. 123). Derartige Untersuchungen zur Klärung der Frage, ob und in welchem Ausmass bestimmte Medikamente eingenommen werden, können im Rahmen einer Begutachtung sinnvoll sein. Inwiefern diese zusätzliche Abklärung geeignet sein sollte, Zweifel an der Korrektheit des Gutachtens zu säen, ist nicht ersichtlich.

12.4 Zusammenfassend wird das Gutachten der Begutachtungsstelle L. \_\_\_ vom 28. Dezember 2018 den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht. Ein Anlass, um von den Ergebnissen des Gutachtens abzuweichen, ist nicht ersichtlich. Erst recht bestehen keine zwingenden Gründe, wie sie für ein Abweichen von einem Gerichtsgutachten erforderlich wären (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Dem Gerichtsgutachten ist daher der volle Beweiswert zuzusprechen.

Demnach liegen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet weder Unfallfolgen noch Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Orthopädischerseits besteht seit 2012 auf Grund einer unfallkausalen progredienten Kniegelenkspathologie links, die letztlich 2015 in einen notwendigen Gelenkersatz mündete, eine zu 100 % dauerhaft erloschene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In angepassten Tätigkeiten ist jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Im Ergebnis bestätigt das Gutachten somit weitgehend die Ergebnisse des Austrittsberichts der Rehaklinik BY.\_\_\_\_ vom 11. November 2015 (E. II. 10.28 hiervor). Dort wurde festgehalten, leichte bis mittelschwere Arbeiten seien dem Beschwerdeführer mit folgenden Einschränkungen ganztags zumutbar: Wechselbelastend (Stehen / Gehen am Stück bis maximal etwa 1,5 Stunden), ohne Tätigkeit in der Hocke und / oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und / oder Leitersteigen). Dieses Zumutbarkeitsprofil entspricht weitgehend demjenigen, das sich aus dem beweiskräftigen Gerichtsgutachten ableiten lässt. Die Beschwerdegegnerin ist somit im Ergebnis von einem zutreffenden Zumutbarkeitsprofil ausgegangen.

12.5 Auch in Bezug auf die Kausalitätsbeurteilung kann auf die Einschätzungen der Gutachter der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ abgestellt werden. Denn es finden sich in den medizinischen Vorakten keine dieser Einschätzung widersprechenden Beurteilungen. So führte Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem orthopädischen Teilgutachten aus, der Status einer einliegenden Kniegelenks-Totalendoprothese links sei überwiegend wahrscheinlich (> 50 %) als Folge der Distorsion im Jahr 1993 anzusehen, konkurrierende Ursachen seien nicht zu erkennen. Das seinerzeitige Trauma sei geeignet, langfristig zur Entwicklung einer Arthrose und schliesslich Notwendigkeit eines Kniegelenkersatzes zu führen. Auch aktenkundig werde eine Unfallkausalität von den Behandlern überwiegend angenommen (A.S. 184 Ziff. 4). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So führte bereits der den Beschwerdeführer in der Sprechstunde vom 19. April 2012 untersuchende Orthopäde Dr. med. AA.\_\_\_\_ die Kniebeschwerden im Bericht vom 2. Mai 2012 als «eindeutig» auf die damalige (1995) komplexe Knieverletzung zurück und stufte diese als unfallbedingt ein. Dies gilt auch für posttraumatische mässiggradige Pangoarthrose des linken Kniegelenkes, welche Dr. med. J.\_\_\_\_ in seiner orthopädischen Beurteilung vom 23. Juli 2014 als «infolge des Unfallereignisses vom 17. April 1993 hervorgerufen» bezeichnete. Schliesslich ging auch die Kreisärztin CB.\_\_\_\_ am 9. April 2015 davon aus, dass die Verlängerung der Rehabilitation unfallbedingt ausgewiesen sei. Ausserdem erfolgte die Zumutbarkeitsbeurteilung im Austrittsbericht der [Klinik] G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015, welche sich mit derjenigen im Gutachten der L.\_\_\_\_ weitestgehend deckt, aus unfallkausaler Sicht.

12.6 Zusammenfassend kann daher sowohl in Bezug auf die dem Beschwerdeführer zumutbare Arbeitsfähigkeit als auch auf die Beurteilung der Unfallkausalität auf das beweiswertige Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ abgestellt werden.

## **E. 13**

13.1 Der Fall ist unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Ob eine namhafte Verbesserung erwartet werden kann, bestimmt sich namentlich danach, ob eine weiterer Behandlung noch eine

erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit verspricht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

13.2 Gestützt auf das Gerichtsgutachten ist davon auszugehen, dass schon vor 2015, grundsätzlich seit 2012, eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestand (vgl. A.S. 186). Ebenso musste schon vor 2015 davon auszugehen werden, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Bodenleger nicht mehr werde ausüben können. In dieser Konstellation mit einer nicht mehr zumutbaren angestammten Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit war der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2017 vom 7. September 2017 E. 5.2.1). Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen eingestellt und dem Beschwerdeführer ab 1. Februar 2016 eine Übergangsrente (mit Blick auf den damals noch ausstehenden IV-Entscheid über berufliche Eingliederungsmassnahmen; Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV) und anschliessend ab 1. Mai 2016 eine «ordentliche» Invalidenrente zugesprochen hat.

14. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Rente auf Grund eines Invaliditätsgrades von 24 % zugesprochen. Der Beschwerdeführer macht geltend, der Invaliditätsgrad müsse höher angesetzt werden.

14.1 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

14.2 Es ist zunächst auf das Valideneinkommen einzugehen:

14.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: ab 2016) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. und 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 je mit Hinweisen).

14.2.2 Für die Bemessung des Einkommens ohne Invalidität können auch Zusatzeinkommen wie die hier streitigen Überstundenentschädigungen berücksichtigt werden, wenn es sich um Entgelt mit Lohncharakter und nicht um Spesenentschädigungen handelt. Da aber die Invaliditätsschätzung der dauernd oder für längere Zeit bestehenden Erwerbsunfähigkeit entsprechen muss, bildet Voraussetzung für die Berücksichtigung eines derartigen Zusatzeinkommens, dass der Versicherte aller Voraussicht nach damit hätte rechnen können. Massgebend ist nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181), ob der Versicherte auf Grund seiner konkreten erwerblichen Situation und seines tatsächlichen Arbeitseinsatzes vor dem Unfall wahrscheinlich weiterhin ein Zusatzeinkommen zufolge Überstundenarbeit hätte erzielen können; die blosse Möglichkeit dazu genügt nicht (RKUV 1989 Nr. U 69 S. 176 E. 2c S. 179 ff.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_647/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.3 mit Hinweisen, 8C\_653/2016 vom 16. Januar 2017 E. 4.1).

14.2.3 Laut den vorliegenden Akten (Suva-Nrn. 182 + 341 S. 9, A.S. 127 f. + 158,) besuchte der Beschwerdeführer von 1973 bis 1978 die Primarschule und von 1979 bis 1984 die Oberstufe auf [...]. Er absolvierte keine Berufsausbildung. Im Dezember 1988 reiste er unter dem Namen CC.\_\_\_\_ in der Schweiz ein, wo er zunächst von Juni 1989 bis August 1990 im Restaurant [...] als Küchenhilfe arbeitete und dann von Januar 1991 bis Mai 2001 als Hilfsarbeiter bei der Firma B.\_\_\_\_ (später: [...]), tätig war (Suva-Nrn. 2, 12, 22, 182), wobei er Tätigkeiten als Bodenleger ausführte. Von Juni 2001 bis Februar 2012 war er für die Firma D.\_\_\_\_ AG, [...], in der Funktion als «Glätter» zu 100 % tätig (Suva-Nrn. 73 + 93). Diese kündigte dem Beschwerdeführer das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2014, da er den Beruf als Bodenleger infolge Unfall nicht mehr ausüben könne (Suva-Nr. 187).

14.2.4 Da dem ungelerten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Bodenleger in der Firma D.\_\_\_\_ AG aus gesundheitlichen Gründen per 31. Januar 2014 gekündigt wurde und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis tätig war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma D.\_\_\_\_ AG im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. So bedauerte der Beschwerdeführer anlässlich der Besprechung vom 29. Oktober 2013 (vgl. Suva-Nr. 186), dass sich sein langjähriger Arbeitgeber gezwungen sehe, ihm nach mehr als zehn Jahren zu kündigen. Die Arbeit als Hilfsbodenleger habe ihm immer Freude bereitet. Daher hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf das zuletzt bei der Firma D.\_\_\_\_ AG im Jahr 2016 mutmasslich erzielte Einkommen abgestellt.

14.2.5 Den mutmasslichen Verdienst, den der Beschwerdeführer bei Rentenbeginn im Jahr 2016 bei der Firma D.\_\_\_\_ AG erzielt hätte, bezifferte die Beschwerdegegnerin auf CHF 80'860.00. Sie stützt sich dabei auf die Auskunft der Arbeitgeberin vom 30. November 2015 (Suva-Nr. 354). Danach hätte sich der mutmassliche Verdienst in den Jahren 2014, 2015 und 2016 auf «Monatslohn CHF 6'220.00, Kinderzulagen CHF 200.00, 13. Monatslohn / Gratifikation CHF 6'220.00» belaufen. Da die Familienzulagen nicht zu berücksichtigen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2015 vom 15. Januar 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis), ergibt sich auf dieser Basis ein Valideneinkommen von CHF 80'860.00. Der Beschwerdeführer stellt sich dagegen auf den Standpunkt (A.S. 26 f.), sein Monatslohn bei der Firma D.\_\_\_\_ AG habe gemäss der Schadenmeldung UVG inkl. Zulagen / Überzeit (CHF 983.00 pro Monat) CHF 7'303.00 zuzüglich des 13. Monatslohnes von CHF 6'120.00, somit also CHF 93'765.00 pro Jahr betragen. Davon sei auszugehen. Aus dem IK-Auszug ergebe sich zudem, dass er während seiner Tätigkeit bei der Firma D.\_\_\_\_ AG sein Einkommen jährlich habe steigern können und bereits im Jahr 2009 ein Einkommen verdient habe, das deutlich über dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen Einkommen von CHF 80'860.00 gelegen habe. Diese Lohnsteigerungen seien einerseits in marginalen Lohnerhöhungen von CHF 100.00 pro Monat und andererseits in beträchtlichen Mehrstunden begründet.

14.2.6 In der Schadenmeldung UVG vom 26. März 2012 (Suva-Nr. 31) werden ■ wie dies der Beschwerdeführer korrekterweise darlegte ■ ein Verdienst des Beschwerdeführers von monatlich brutto CHF 6'120.00 (13 x), Kinder- / Familienzulagen von CHF 200.00 sowie ein Zuschlag für geleistete Überzeit von CHF 983.00 monatlich ausgewiesen. Die Kinder- oder Familienzulagen gehören, wie erwähnt, nicht zum Valideneinkommen. Es stellt sich daher einzig die Frage, wie es sich mit der Überzeitentschädigung von CHF 983.00 verhält. In den vorliegenden Akten finden sich ■ im Wesentlichen unter Beizug der IV-Akten

(VSBES.2017.23) ■ Anhaltspunkte, wonach der Beschwerdeführer bereits in den Jahren zuvor (2010 / 2011) regelmässig Überstunden geleistet hat (vgl. den am 15. Februar 2013 durch die IV-Stelle eingeholten Arbeitgeberfragebogen und insbesondere die entsprechenden Lohnabrechnungen, IV-Nr. 14 S. 5 ff., sowie den IK-Auszug vom 21. Januar 2014, Suva-Nr. 219), welche ihm denn auch entschädigt wurden. Dem steht jedoch entgegen, dass die Firma D.\_\_\_\_ AG bei den durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Angaben zum mutmasslichen Verdienst in den Jahren 2014 bis 2016 vom 30. November 2015 (Suva-Nr. 354) die Angabe betreffend die Überzeit explizit durchstrich. Dies weist deutlich darauf hin, dass nicht mehr die Notwendigkeit, aber auch nicht die Möglichkeit bestanden hätte, in erheblichem Ausmass Überstunden zu leisten. Es ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch künftig mit einem Zusatzeinkommen auf Grund von Überstunden hätte rechnen können. In diese Richtung weist auch der Umstand, dass es gemäss den Angaben der Arbeitgeberin in den Jahren 2014 bis 2016 zu keinen Lohnerhöhungen gekommen wäre. Daher hat die Beschwerdegegnerin die Überstunden korrekterweise nicht in die Berechnung des Valideneinkommens miteinbezogen. Dies ist denn auch in Bezug auf das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. oben) zu beachten, wonach er gemäss IK-Auszug bereits im Jahr 2009 ein deutlich über dem von der Beschwerdegegnerin angenommenes Einkommen von CHF 80'860.00 verdient habe. Auf Grund der vorangegangenen Ausführungen ist davon auszugehen, dass die in den Jahren 2009 bis 2011 erzielten Einkommen (2009: CHF 84'055.00, 2010: CHF 87'044.00 und 2011: CHF 89'153.00) unter Einbezug der geleisteten Überzeiten zustande gekommen sind. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese auch weiterhin geleistet worden wären, können die genannten Lohnsummen nicht als Basis für den mutmasslichen Verdienst ab 2014 herangezogen werden. Mit der Beschwerdegegnerin ist auf die Angaben des früheren Arbeitgebers, der Firma D.\_\_\_\_ AG vom 30. November 2015 (vgl. Suva-Nr. 354) betreffend den mutmasslichen Verdienst in den Jahren 2014 bis 2016 abzustellen.

14.3 Im Weiteren ist auf das Invalideneinkommen einzugehen:

14.3.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person auf Grund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen 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 können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475, 126 V 75 E. 3b/bb S. 76).

14.3.2 Das Abstellen auf DAP-Löhne setzt voraus, dass, zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern, Angaben gemacht werden über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben. Ist die SUVA nicht in der Lage, den erwähnten verfahrensmässigen Anforderungen zu genügen, kann nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden (BGE 129 V 472). Diesfalls hat das im Beschwerdeverfahren angerufene Gericht die Sache entweder an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 481). Diese Rechtsprechung und die grundsätzliche Zulässigkeit des Abstellens auf die DAP-Lohnangaben wurde mit BGE 139 V 592 bestätigt.

14.3.3 Bezüglich des Invalideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter unfallbedingt nicht mehr ausüben kann, er aber ■ gemäss dem durch die Gutachter der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. II. 12.4 hiervor) ■ in einer angepassten Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen voll leistungsfähig wäre. Daher ist es prinzipiell nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen auf Grund der Tabellenlöhne gemäss der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) festgesetzt hat. Die Beschwerdegegnerin ist hierbei von der Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP) 2015 ausgegangen, hat den resultierenden Wert auf das Jahr 2016 aufindexiert und das durchschnittliche Erwerbseinkommen einer auf die Unfallfolgen angepassten Tätigkeit auf CHF 61'183.00 (CHF 60'817.00 + 0,6 % [BFS, Quartalsschätzung der Nominallohntwicklung, 3. Quartal 2016]) festgelegt (A.S. 13).

14.3.4 Vorliegend sind die Voraussetzungen (vgl. E. II. 14.3.2 hiervor) für das Abstellen auf die DAP-Löhne erfüllt: So beträgt die Gesamtzahl der in Frage kommenden Arbeitsplätze 517; der Minimallohn beträgt CHF 45'500.00, der Maximallohn CHF 78'00.00 und der Durchschnittslohn CHF 59'292.00. Die Arbeitsplatzbeschreibungen der fünf Tätigkeiten, welche für die konkrete Berechnung herangezogen wurden (DAP-Nr. 584: Hilfsarbeiter, Mitarbeiter/in Handkonfektion; DAP-Nr. 9539504: Monteur, Arbeiter an Montageteisch rund; DAP-Nr. 3710222: Verpacker; DAP-Nr. 12895360: Hilfsarbeiter, Schleifer; DAP-Nr. 804: Hilfsarbeiter Rollenkäfig nieten) werden dem durch die Gutachter der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. II. 12.4 hiervor) gerecht.

14.3.5 Der Beschwerdeführer lässt dagegen vorbringen (A.S. 25 f.), die zur Anwendung gebrachten Dokumentationen von Arbeitsplätzen seien unrichtig ausgefallen. So habe er zwar vor dem Unfall als Bodenleger gearbeitet und aus dieser Tätigkeit ein gutes Einkommen erzielen können. Es gelte jedoch zu beachten, dass er diese Tätigkeit seit 1993 ausgeübt habe und deshalb routiniert gewesen sei. Dies werde in einem neuen Tätigkeitsgebiet nicht der Fall sein. Dazu kann zunächst in allgemeiner Weise festgehalten werden, dass Abzüge nur vorzunehmen sind, wenn ■ wie vorliegend nicht der Fall ■ zeitliche oder leistungsmässige Reduktionen medizinisch begründet sind. Im Übrigen wird spezifischen Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit bei der Auswahl der zumutbaren DAP-Profile Rechnung getragen. Bezüglich der weiteren persönlichen und beruflichen Merkmale (Teilzeitarbeit, Alter, Anzahl Dienstjahre, Aufenthaltsstatus), die bei der

Anwendung der LSE zu einem Abzug führen können, ist darauf hinzuweisen, dass auf den DAP-Blättern in der Regel nicht nur ein Durchschnittslohn, sondern ein Minimum und ein Maximum angegeben sind, innerhalb deren Spannbreite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 482, 139 V 592 E. 7.3). Die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen DAP-Profile setzen keine Schul- oder Ausbildung voraus. Einzig bei der DAP-Nr. 3710222 ist eine dreiwöchige Anlehre verlangt. Es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer auch in der Vergangenheit gewisse Arbeitsschritte beigebracht werden mussten, und es ist nicht einzusehen, warum dies nun nicht mehr möglich sei sollte.

Im Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, er spreche kaum Deutsch und verstehe die deutsche Sprache auch nicht. Als ungeschulter Immigrant mit sehr rudimentären Deutschkenntnissen werde er nur als Hilfsarbeiter mit einfachsten Handlagerarbeiten tätig sein können. In Bezug auf die Deutschkenntnisse finden sich in den vorliegenden Akten unterschiedliche Angaben: So wird zum einen immer wieder erwähnt, dass der Beschwerdeführer sprachliche Schwierigkeiten habe (vgl. Suva-Nrn. 68 S. 1 oben, 108 S. 1, oben, 109, 182 S. 1). Ihm wurde daher auch im Rahmen der Begutachtung der Begutachtungsstelle L. \_\_\_ vom 28. Dezember 2018 ein [...] Übersetzer zur Seite gestellt (vgl. A.S. 124, 156, 188). Andererseits wurde im Bericht betreffend die Besprechung vom 29. Oktober 2013 (Suva-Nr. 186 S. 2) festgehalten, der Beschwerdeführer verstehe die deutsche Sprache recht gut, getraue sich jedoch nur zögerlich, diese auch zu sprechen. Mit ein wenig Geduld, Ausdauer und Verständnis könne man sich mit dem Beschwerdeführer jedoch in deutscher Sprache unterhalten. In diesem Sinn gab der Beschwerdeführer im Lebenslauf vom September 2013 denn auch an (Suva-Nr. 182 S. 8), dass [...] seine Muttersprache sei, er aber über mündliche Grundkenntnisse der deutschen Sprache verfüge. Es ist allerdings mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer lediglich über geringe Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Die im vorliegenden Fall ausgewählten DAP-Profile werden diesem Umstand indes gerecht. So handelt es sich bei drei der ausgewählten Berufen um Hilfsarbeitertätigkeiten (Mitarbeiter/in Handkonfektion, Schleifer und Rollenkäfig nieten) und bei je einem um den Beruf als Monteur sowie um den Beruf als Verpacker. Es ist nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht, inwiefern diese Tätigkeiten auch mit lediglich eingeschränkten sprachlichen Kenntnissen nicht ausführbar sein sollten. So handelt es sich hierbei um berufliche Tätigkeiten, bei denen weder ein Kundenkontakt noch ein mündlicher Austausch mit Arbeitskollegen oder Vorgesetzten im Vordergrund steht. Die beschränkten Sprachkenntnisse hinderten den Beschwerdeführer denn auch in der Vergangenheit nicht daran, eine vergleichsweise gut bezahlte Anstellung zu finden. Das mittels DAP ermittelte Invalideneinkommen von CHF 61'183.00 lässt sich daher nicht beanstanden.

Lediglich vollständigkeitshalber bleibt anzufügen, dass eine Bestimmung auf der Basis der LSE (vgl. E. II. 14.3.1 hiervor) zu keiner erheblichen Abweichung führt: Ausgehend vom Totalwert des Medianlohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer gemäss Tabelle TA1 der LSE 2016 von CHF 5'340.00 sowie nach Aufrechnung dieses 40 Wochenstunden entsprechenden Wertes auf die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2016 von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ergibt sich ein Jahreslohn von CHF 66'803.00. Selbst wenn man davon einen leidensbedingten Abzug von 10 %

vornehmen wollte (vgl. dazu BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481), ergäbe sich ein Invalideneinkommen von CHF 60'123.00, das nur unwesentlich vom Betrag von CHF 61'183.00 abweicht. Dieser lässt sich somit auch unter diesem Aspekt nicht als unrealistisch bezeichnen.

14.4 Auf Grund dieser vorangegangenen Berechnungen mit einem Valideneinkommen von CHF 80'860.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 61'183.00 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 19'677.00, was einem Erwerbsunfähigkeitsgrad (für die Übergangsrente ab 1. Februar 2016) respektive einem Invaliditätsgrad (für die «ordentliche» Rente ab 1. Mai 2016) von gerundet 24 % entspricht und zum Bezug einer Invalidenrente der Beschwerdegegnerin berechtigt. Die Beschwerde ist in diesem Punkt unbegründet.

15. Strittig ist schliesslich die Frage des versicherten Verdienstes.

15.1 Als Grundlage für die Bemessung des versicherten Verdienstes gilt der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Art. 15 Abs. 2 UVG; vgl. auch Art. 22 Abs. 4 UVV), wobei grundsätzlich auf den nach der Bundesgesetzgebung über die AHV massgebenden Lohn abzustellen ist (vgl. Art. 22 Abs. 2 Satz 1 UVV).

15.2 Art. 24 UVV umschreibt den massgebenden Lohn für Renten in Sonderfällen. Beginnt die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall oder dem Ausbruch der Berufskrankheit, so ist der Lohn massgebend, den der Versicherte ohne den Unfall oder die Berufskrankheit im Jahre vor dem Rentenbeginn bezogen hätte, sofern er höher ist als der letzte vor dem Unfall oder dem Ausbruch der Berufskrankheit erzielte Lohn (Art. 24 Abs. 2 UVV). Diese Bestimmung ist nicht nur bei langdauernder Heilbehandlung anwendbar, sondern auch in jenen Fällen, in denen der Unfall zunächst ohne Rentenzusprache abgeschlossen werden konnte und die andauernde Erwerbseinbusse erst nach einem Rückfall oder infolge von Spätfolgen eintritt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_237/2011 vom 19. August 2011 E. 3.1.2).

15.3 Unter dem Unfall im Sinne von Art. 24 Abs. 2 UVV ist das ursprüngliche Schadenereignis zu verstehen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 286/01 vom 8. März 2002 E. 2b), vorliegend der Unfall vom 17. April 1993. Für den versicherten Verdienst massgebend ist daher der während des Jahres vor dem Eintritt der damaligen Arbeitsunfähigkeit erzielte Lohn. Dieser Betrag ist an die allgemeine statistische Nominallohnentwicklung bis zum Rentenbeginn anzupassen, während andere potenziell verdienstbeeinflussende Faktoren unberücksichtigt bleiben (BGE 127 V 165 E. 3b S. 171 ff.).

15.4 Die Beschwerdegegnerin hat als versicherten Verdienst die ein Jahr vor dem Unfall vom 17. April 1993 (vgl. E. I. 1.2 hiervor) deklarierten Löhne des damaligen Arbeitgebers, der Firma B. \_\_\_\_, von CHF 3'200.00 pro Monat für das Jahr 1993 (vgl. Unfallmeldung UVG vom 6. Mai 1993, Suva-Nr. 2) und von CHF 34'800.00 pro Jahr (entsprechend CHF 2'900.00 pro Monat) für das Jahr 1992 (vgl. IK-Auszug vom 21. Januar 2014, Suva-Nr. 219 S. 3) berücksichtigt. Dies ergibt für das Jahr vor dem 17. April 1993 einer Summe von CHF 35'860.00, zusammengesetzt aus acht vollen Monaten (Mai bis Dezember 1992) à CHF 2'900.00 plus 14/30 von CHF 2'900.00 (April 1992) plus drei vollen Monaten (Januar bis März 1993) à CHF 3'200.00 plus 16/30 von CHF 3'200.00 (April 1993). Nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung bis 2016 (Nominallohnindex, Männer, 2002 ■ 2010, T1.1.93\_I, Baugewerbe, 1993 bis 2005 [: 100 x 114,0] / Nominallohnindex

Männer 2006 ■ 2010, T1.1.05, Baugewerbe, 2005 bis 2010 [: 100 x 107,7] / Nominallohnindex, Männer 2011 ■ 2017, T1.1.10, Baugewerbe, 2010 bis 2015 [: 100 x 102,8], sowie Aufrechnung an den Index 2015 von 0,5 %) ergibt sich ein Lohn von insgesamt CHF 45'488.00.

Der Beschwerdeführer lässt vorbringen (A.S. 27 unten), dass in den vorliegenden Akten lediglich der im Unfallzeitpunkt durch den Beschwerdeführer erzielte Verdienst von CHF 3'200.00 pro Monat ersichtlich sei. Das tiefere Einkommen im Jahr 1992 sei hingegen nirgends dokumentiert und werde daher bestritten. Wie erwähnt, ist jedoch dem Auszug aus dem individuellen Konto (Suva-Nr. 219 S. 3) explizit zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 1992 ein Jahreseinkommen von CHF 34'800.00 erwirtschaftete, was einem monatlichen Verdienst von CHF 2'900.00 entspricht.

16. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer per 1. Februar 2016 zunächst eine Übergangsrente und dann ab dem 1. Mai 2016 eine ordentliche Invalidenrente basierend auf einem versicherten Verdienst von CHF 45'488.00 und einem IV-Grad von 24 % zugesprochen hat. Damit ist der Einspracheentscheid vom 23. Januar 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

17. Wie dargelegt (vgl. E. II. 11 hiervor), war der Sachverhalt im Zeitpunkt des hier angefochtenen Einspracheentscheids vom 23. Januar 2017 (A.S. 1 ff.) nicht hinreichend geklärt. Die Beschwerdegegnerin wäre demnach gehalten gewesen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Indem sie darauf verzichtete, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (vgl. E. II. 5.1 hiervor) und das Gericht musste die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen. Da das polydisziplinäre Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle L. \_\_\_ vom 28. Dezember 2018 sowohl im hängigen UVG- als auch IVG-Verfahren (VSBES.2017.23) eingeholt werden musste, werden die Kosten in der Höhe von insgesamt CHF 17'728.10 je hälftig auf die beiden Beschwerdeverfahren aufgeteilt. Die Beschwerdegegnerin hat somit im vorliegenden Verfahren einen Teilbetrag von CHF 8'864.05 zu tragen.

## **E. 18**

18.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

18.2 Das Verfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

### **Rechtsmittel**

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_771/2019 vom 19. Mai 2020 bestätigt.

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