

SO_GERICHTE VSBES.2018.105 vom 1. März 2018

SO Obergericht, 2018-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.105

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.105 du 1 mars 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.105 del 1 marzo 2018

Erwägungen

E. 2

2.1 Mit Schadenmeldung UVG vom 23. Dezember 2015 (Suva-Akten-Nr. [Suva-Nr.] 1) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am 16. September 2015 bei der Arbeit auf dem Boden ausgerutscht und habe sich das Knie verdreht. Dabei zog er sich einen komplexen medialen Meniskushinterhornriss am linken Knie zu (vgl. Suva-Nr. 10). Es erfolgte am 12. Januar 2016 ein operativer Eingriff im Sinne einer Arthroskopie, einer medialen Meniskusnaht und einer medialen Teilmeniskektomie am linken Knie (Suva-Nr. 8). Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte Leistungen in Form von Taggeldern (Suva-Nr. 18).

2.2 Nach einer Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 24. Februar 2016 (Suva-Nr. 20) sowie dem Einholen weiterer medizinischer Akten (Suva-Nrn. 25, 40 ff.), erteilte die Beschwerdegegnerin aufgrund der Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, vom 20. Mai 2016 (Suva-Nr. 48), am 20. Mai 2016 die Kostengutsprache für eine Spitalbehandlung (Suva-Nr. 49). Am 9. Juni 2016 wurde daher eine Kniegelenksarthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie durchgeführt (Suva-Nr. 52). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin weitere Arztberichte ein (Suva-Nrn. 58 ff., 69 f.) und liess Dr. med. C.____, Kreisarzt, am 12. Oktober 2016 (Suva-Nr. 89) eine kreisärztliche Untersuchung vornehmen. Der Beschwerdeführer wurde daraufhin am 20. Oktober 2016 (Suva-Nr. 92) davon in Kenntnis gesetzt, dass er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu mindestens 50 % arbeitsfähig erachtet werde und ihm daher per 1. November 2016 nur noch ein Taggeld auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit entrichtet werde. Aufgrund der Besprechung mit dem Beschwerdeführer und seiner Ehefrau vom 1. Dezember 2016 (Suva-Nr. 97) erklärte sich die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 1. Dezember 2016 (Suva-Nr. 98) bereit, noch bis am 31. Dezember 2016 ein Taggeld auf der Basis einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszurichten. Spätestens ab 1. Januar 2017 werde der Beschwerdeführer jedoch als zu mindestens 50 % arbeitsfähig erachtet.

2.3 Am 29. Mai 2017 schätzte der Kreisarzt Dr. med. C.____ den Integritätsschaden auf 10 % und führte eine kreisärztliche Untersuchung durch (Suva-Nr. 125 f.). Gestützt auf diese teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 30. Mai 2017 (Suva-Nr. 127) mit, eine weitere Behandlung vermöge seinen gesundheitlichen Zustand nicht namhaft zu verbessern. Der Unfall werde daher per 31. Juli 2017 abgeschlossen und die Taggeldzahlungen endeten per 31. Juli 2017. Mit Verfügung vom 16. Juni 2017 (Suva-Nr. 135) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund einer Integritätseinbusse von 10 % eine Integritätsentschädigung von CHF 12'600.00 zu. Da keine unfallbedingte Erwerbseinbusse vorliege, könne keine Invalidenrente zugesprochen werden. Daran hielt die Beschwerdegegnerin trotz der am 16. August 2017 erhobenen Einsprache des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 143) mit Einspracheentscheid vom 1. März 2018

(A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) fest. 3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 16. April 2018 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 11 ff.): In Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin, gestützt auf ein gerichtlich angeordnetes Gutachten, zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Unter o/e-Kostenfolge. 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2018 (A.S. 21 ff.) auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit auf diese einzutreten sei. 5. Mit Eingabe vom 17. Mai 2018 (A.S. 31) lässt der Beschwerdeführer auf eine Replik verzichten und an der Beschwerde vollumfänglich festhalten. 6. Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht am 1. Juni 2018 (A.S. 33 ff.) seine Kostennote ein, die mit Verfügung vom 4. Juni 2018 (A.S. 36) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht. 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 16. September 2015 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht (Stand: 1. Januar 2013) anwendbar. 2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4 S. 261). 2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren

Vorhandensein der eingetretenen Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

E. 2.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V

393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 1. März 2018 – mitzuberocksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

4.1 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeschrift vom 16. April 2018 (A.S. 11 ff.) im Wesentlichen geltend machen, dass er Anspruch auf Dauerleistungen habe. So gehe die Beschwerdegegnerin in der Verfügung und dem diese bestätigenden Einspracheentscheid zu Unrecht davon aus, dass die kreisärztliche Einschätzung vom 29. Mai 2017 von Dr. med. C.____ eine rechtsgenügende Beurteilungsgrundlage darstelle. Da nicht auf diese abgestellt werden könne, sei nicht von einem genügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt auszugehen und es sei eine medizinische Begutachtung im Sinne eines Gerichtsgutachtens anzuordnen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hält im Einspracheentscheid vom 1. März 2018 (A.S. 1 ff.) dafür, dass voll und ganz auf den Bericht von Dr. med. C.____ vom 29. Mai 2017 abgestellt werden könne, womit der Endzustand klar gegeben sei. Es könne auch auf das durch den Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden. Aufgrund eines errechneten Valideneinkommens von CHF 54'205.00 und dem auf der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) basierenden Invalideneinkommen von CHF 56'888.00 (oder dem gemäss LSE errechneten Invalideneinkommen von CHF 57'393.00) ergebe sich keine unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit und daher bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit

Einspracheentscheid vom 1. März 2018 (A.S. 1 ff.) den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht verneint hat. 6. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 1. März 2018 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen wie folgt: 6.1 Im Bericht vom 8. Januar 2016 (Suva-Nr. 7) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, E.____, folgende Diagnose fest: «Komplexer medialer Meniskushinterhornriss Knie links». Es sei die Indikation zur Kniearthroskopie links mit medialer Meniskussanierung am 12. Januar 2016 gestellt worden. Der Beschwerdeführer sei zur Kontrolle der Entzündungsparameter gekommen, da der Eingriff vom 5. Januar 2016 aufgrund eines grippalen Infekts mit erhöhten Entzündungsparametern abgesagt und neu nun für den 12. Januar 2016 geplant worden sei. 6.2 Im Austrittsbericht vom 14. Januar 2016 (Suva-Nr. 9) stellte Dr. med. D.____ aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 12. bis 14. Januar 2016 fest, es habe am 12. Januar 2016 ein operativer Eingriff im Sinne einer Arthroskopie Knie links, mediale Meniskusnaht (2 Fastfix) und mediale Teilmeniskektomie stattgefunden (vgl. Operationsbericht, Suva-Nr. 8). Er wies zudem die folgende Diagnose aus: Komplexer medialer Meniskushinterhornriss Knie links Nebendiagnose Arterielle Hypertonie Der Beschwerdeführer sei vom 6. Januar bis am 19. Februar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Beurteilung / Procedere: Ambulante Physiotherapie. Flexionslimite 60 °. Keine belastete Flexion für sechs Wochen. Fadenzug zirka eine Woche postoperativ. Thromboseprophylaxe mit Clexane 40 mg/d für sechs Wochen postoperativ. Die hausärztlich verordnete Medikation sei weitergeführt worden, die zusätzlich verordnete Medikation sei der Medikamentenliste im Austrittsbericht zu entnehmen. 6.3 Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kreisarzt, hielt am 2. Februar 2016 fest (Suva-Nr. 16), die Operation des linken Knies vom 12. Januar 2016 sei unfallkausal zum Ereignis vom 16. September 2015. Es habe eine Indikation zum operativen Eingriff bestanden. 6.4 Im Rahmen der klinischen Kontrolle, sechs Wochen nach dem operativen Eingriff, stellte Dr. med. D.____ im Bericht vom 23. Februar 2016 (Suva-Nr. 25) fest, es gehe dem Beschwerdeführer soweit gut. Das rechte (recte: linke) Knie weise reizfreie Arthroskopienarben auf. Kein Erguss. Flexion / Extension 100/0/0 °. Stabiler Bandapparat. Keine Druckdolenzen. Der Beschwerdeführer sei vom 20. Februar bis 6. März 2016 zu 100 % und vom 7. bis 20. März 2016 zu 50 % arbeitsunfähig. Es bestehe ein regelrechter Verlauf, die Gehstöcke und Schiene seien abzutrainieren, und es habe ein sukzessiver Belastungsaufbau stattzufinden. In zwei Wochen werde mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit begonnen. 6.5 Dr. med. G.____, FMH Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 18. April 2016 folgende Diagnosen auf (Suva-Nr. 40): Reruptur medialer Meniscus Knie links bei Status nach medialem Meniscusriss am 16. September 2015, sowie Kniegelenksarthroskopie in der E.____ am 12. Januar 2016 Den postoperativen Verlauf beschreibe der Beschwerdeführer als wenig schmerzreduzierend, es persistierten Schmerzen v.a. im Bereich des medialen Gelenkspaltes und bei Rotationsbewegung. Das mittlerweile durchgeführte MRI (vgl. Suva-Nr. 42) zeige einen medialen Meniscusriss. Dieser sei für die Beschwerden verantwortlich. Daher habe Dr. med. G.____ die Indikation zur Rearthroskopie gestellt worden. 6.6 Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, beurteilte am 20. Mai 2016 (Suva-Nr. 48), die geplante Operation vom 9. Juni 2016 am linken Knie sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 16. September 2015 zurückzuführen. Diese Massnahme sei medizinisch indiziert. 6.7 Im Operationsbericht vom 9. Juni 2016 (Suva-Nr. 52) hielt Dr. med. G.____ fest, es habe eine

Kniegelenksarthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie stattgefunden. Der Beschwerdeführer leide unter persistierenden Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks. Bei persistierenden Beschwerden und im MRI Meniscusriss, habe Dr. med. G.____ die Indikation zur genannten Operation gestellt. Ab dem Operationstag könne der Beschwerdeführer unter Belastung gemäss Schmerzen mobilisiert werden. Der erste Verbandswechsel habe innerhalb von 48 Stunden zu erfolgen, die Fadenentfernung nach 14 Tagen. Thromboembolieprophylaxe mit Clexane 40 mg, danach Xarelto 10 mg für zehn Tage. 6.8 Die am 25. Juli 2016 durchgeführte MRI des linken Knies wurde durch Dr. med. H.____, I.____, Klinik für Orthopädie und Chirurgie, im Bericht vom 26. Juli 2016 (Suva-Nr. 59) wie folgt beurteilt: Medial betonte Gonarthrose bei Zustand nach partieller Meniskektomie medial und fortgeschrittene Intrasubstanz Degeneration von residuellem Hinterhorn und Corpus und fortgeschrittener Chondropathie bis IV femorotibial medial; einzelne Knorpel Fissuren IV retropatellär medial und lateral; Chondropathie II bis III femorotibial lateral; vernarbtes VKB bei Zustand nach Partialruptur; femurseitig vernarbtes laterales Kollateralband; Kniegelenkserguss und Baker-Zyste. Posterior betonte Varicosis.

6.9 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 16. August 2016 (Suva-Nr. 70) aufgrund der Sprechstunde vom 12. August 2016 folgende Diagnosen fest: – Persistierende mediale Gonalgie links bei Status nach Distorsion am 16. September 2015 (Arbeitsunfall) – Status nach Meniskusnaht 12. Januar 2016 (E.____) – Status nach medialer Meniskektomie 9. Juni 2016 (I.____) Beurteilung und Prozedere: Beim Leiden des 51jährigen Fabrikmitarbeiters handle es sich um einen Status nach Distorsion des linken Kniegelenks am 16. September 2015. Die zwei durchgeführten arthroskopischen Eingriffe, Meniskusnaht und anschliessend Meniskusresektion, hätten keine relevante Verbesserung zustande gebracht. Nun komme der Beschwerdeführer für eine Zweitmeinung. Radiologisch und klinisch handle es sich um eine auf das mediale Kompartiment beschränkte, belastungsabhängige Gonalgie und beginnende Gonarthrose. Im Prinzip sei die tibiale Valgisationsosteotomie eine sehr gute Operation und gebe in den meisten Fällen eine mindestens 60%ige Schmerzlinderung. Dr. med. J.____ habe jedoch bereits in mehreren Fällen eine Verschlechterung der Beschwerden beobachtet. Deshalb würde er in erster Linie eine konservative Therapie vorschlagen, die mehrere Punkte beinhalten sollte: 1. Gewichtsreduktion; 2. Schuheinlagen mit lateraler Randerhöhung; 3. Anwendung von lokalen und per os. Antiphlogistika; 4. Chondroprotektiva (Condrosulf); 5. Physiotherapie und Selbstübungen, vor allem am frühen Morgen; 6. Tragen einer elastischen Stützbandage; 7. Viscosupplementation. Erst bei weiterhin bestehenden medialen Knieschmerzen nach gut geführter konservativer Behandlung über sechs bis 12 Monate würde er eine tibiale Valgisationsosteotomie vorschlagen. Seiner Erfahrung nach stelle die erwähnte konservative Therapie eine gleichwertige Behandlungsmethode dar. In manchen Fällen sei jedoch ein Rekurs auf eine operative Therapie (TVOT) notwendig. Es sei ebenfalls zu erwähnen, dass nach der Valgisationsosteotomie statistisch im Durchschnitt nach acht Jahren eine Versorgung mit einer totalen Kniearthroplastik stattfinde.

6.10 Dr. med. G.____ hielt in seinem Bericht vom 30. August 2016 (Suva-Nr. 78) folgende Diagnosen fest: – Kniegelenksarthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie am 9. Juni 2016 – Bei Reruptur medialer Meniscus Knie links bei Status nach medialem Meniscusriss am 16. September 2015, sowie Kniegelenksarthroskopie in der E.____ am 12. Januar 2016 Dem Beschwerdeführer gehe es weiterhin nicht sehr gut. Er berichte allerdings, dass er mittlerweile eine halbe Stunde gehen könne, es dann allerdings zu Schmerzen und Schwellungen am linken Kniegelenk komme. Eigentliche

Einklemmungsphänomene verspüre er nicht. Mittlerweile sei dem Beschwerdeführer die Stelle gekündigt worden. In einem ausführlichen Gespräch sei ihm mitgeteilt worden, dass sie sich am 8. August 2016 in der orthopädischen Gruppe seine Krankenakte und die MRI-Befunde angesehen hätten. Hierbei sei tatsächlich noch ein kleiner Rest des Hinterhorns vorhanden, welcher einen Teil seiner Beschwerden erkläre. Das Ausmass der Beschwerden sei jedoch nicht nur durch den kleinen Restmeniscus zu erklären, insbesondere auch nicht durch die mässige O-Beinstellung. Somit sei nicht klar empfohlen worden, im Moment eine weitere operative Massnahme durchzuführen. Allenfalls könnte man eine Infiltration mit Lokalanästhetica, mit Cortison oder allenfalls Hyalur vorschlagen. Der Beschwerdeführer sei bis Ende Oktober noch arbeitsunfähig geschrieben worden bzw. vermittlungsunfähig. Es sollten weiterhin Physiotherapie durchgeführt und Condrosulf 800 einmal täglich angewendet werden.

6.11 In der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. Oktober 2016 (Suva-Nr. 89) hielt Dr. med. C.____ folgende Diagnosen fest: – Status nach Kniedistorsion links mit Meniskusläsion im medialen Hinterhorn und Corpus am 16. September 2015 – Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks und medialer Meniskusnaht sowie medialer Teilmeniskektomie am 12. Januar 2016 – Status nach Rearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie bei Ausriss der ehemaligen Meniskusnaht am 9. Juni 2016 Beurteilung: Objektive und subjektive Befunde: Das linke Kniegelenk zeige einen mässigen Gelenkerguss und eine leichte Überwärmung. Die Flexion sei um 10 ° eingeschränkt gegenüber rechts bei freier Extension. Mässig vermehrte mediale und laterale Aufklappbarkeit in 20° Flexionsstellung, ansonsten intakte Bandstabilität. Der mediale Kniegelenkspalt sei druckdolent, bei belasteter Rotation des linken Unterschenkels verstärkten sich die Schmerzen im medialen Kompartiment. Keine Quadricepsatrophie nachweisbar. Diagnostische und therapeutische Vorschläge: Infiltration mit Lokalanästhesie und Cortison ins linke Knie als weitere konservative Behandlungsmassnahme. Langfristig werde die Implantation einer Knietotalprothese links nicht zu umgehen sein.

Versicherungsmedizinische Aspekte: Beim Beschwerdeführer bestehe ein Zustand nach Kniedistorsion links mit komplexer medialer Meniskusläsion. Status nach Meniskusnaht medial und Status nach medialer Teilmeniskektomie. Die Unfallkausalität sei gegeben. Der postoperative Verlauf nach der arthroskopischen Teilmeniskektomie und Meniskusnaht medial gestalte sich protrahiert. Wegen dem Ausriss der ehemaligen Meniskusnaht habe am 9. Juni 2016 eine Rearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie erfolgen müssen. Auch der weitere Verlauf habe sich protrahiert gestaltet, der Beschwerdeführer werde nicht beschwerdefrei am linken Knie. Es bestehe auch bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung ein Reizknie mit Erguss und Einschränkung der Belastbarkeit. Als weitere konservative Behandlungsmassnahme werde die Infiltration eines Lokalanästhetikums kombiniert mit Cortison, wie das im Vorfeld schon diskutiert worden sei, empfohlen. Längerfristig werde wahrscheinlich eine Implantation einer Knietotalprothese links nicht zu umgehen sein, aktuell sei der Beschwerdeführer für einen solchen Eingriff eher noch zu jung. Bei weiterer Verschlechterung der Lebensqualität müsste diese Frage allerdings erneut diskutiert werden. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Druckerei sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, die Belastungen seien zu gross. Aktuell seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis knapp mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar ohne Arbeiten in Zwangshaltung wie kniender oder kauender Arbeitsstellung und ohne Arbeiten auf Leitern sowie auch ohne repetitives Treppengehen. Im Unfallschein habe Dr. med. C.____ eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbaren attestiert (vgl. Suva-Nr. 89).

6.12 Dr. med. G.____ stellte im Bericht vom

10. Januar 2017 (Suva-Nr. 106) folgende Diagnosen fest: Verdacht auf Chronifizierung der Knieschmerzen links – Kniegelenksarthroskopie links mit medialer Teilmenishektomie am 9. Juni 2016 – Reruptur medialer Meniscus Knie links bei Status nach medialem Meniscusriss am 16. September 2015, sowie Kniegelenksarthroskopie in der E. ___ am 12. Januar 2016 Dem Beschwerdeführer gehe es nicht besser. Wie bereits besprochen, habe die Infiltrationsbehandlung mit Lokalanästhesie und Steroiden ins linke Kniegelenk keine Veränderung des Schmerzempfindens gebracht. Somit klage der Beschwerdeführer weiterhin über Belastungs-, aber auch Ruheschmerzen im Bereich des linken Kniegelenks. In der klinischen Befundung sehe Dr. med. G. ___ ein hinkendes Gangbild, das Kniegelenk weise eine Beweglichkeit von 125/0/7 ° auf, endgradig aber auch in Flexion Schmerzen, Meniskuszeichen nicht positiv. Die Bänder seien stabil. Das MRI zeige leichtere Knorpelschäden im hinteren Anteil, vielleicht noch ein leichter Restmeniskus mit kleinem Riss, die Beinachsen zeigten radiologisch rechts mehr ein O-Bein als links ohne massive Verschmälerung des medialen Gelenkspalts. Dr. med. G. ___ denke nicht mehr, dass orthopädische Massnahmen das Kniegelenk im Moment verbessern könnten. Er habe den Beschwerdeführer auch in einer Qualitätsgruppe diskutiert, wo ganz klar besprochen worden sei, dass das weitere Vorgehen mit der Infiltration und – falls diese nichts nütze –, nicht operativ zu lösen sei. Daher sei das Lyrica 25 mg einmal täglich eingesetzt worden, nach sieben Tagen werde es auf das Doppelte gesteigert und drei Tage später melde der Beschwerdeführer sich dann bei Dr. med. K. ___ in der Sprechstunde. Der Beschwerdeführer sei noch bis Ende Januar 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden.

6.13 Im ärztlichen Zeugnis vom 17. März 2017 (Suva-Nr. 123) stellte Dr. med. K. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer sei wegen eines Unfalls bei ihm in Behandlung. Er nehme Stellung zur aktuellen Arbeitsfähigkeit vom 1. Februar bis 30. Juni 2017. Für die letztmals ausgeführte Tätigkeit als Druckerei-Betriebsarbeiter bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine körperlich leichte Tätigkeit, die überwiegend im Sitzen mit gelegentlichem Stehen oder Gehen ausgeführt werden könne, sollte während vier Stunden pro Tag mit einer Leistungsbusse von 20 % möglich sein. Die Arbeitsfähigkeit entspreche in diesem Fall insgesamt 40 %. Bewegungsarme, erzwungene Sitzhaltungen aufgrund der Arbeitsaufgabe bzw. Arbeitsgestaltung (z.B. fixierte Kopfhaltung aufgrund der Sehanforderungen) über längere Zeitabschnitte ohne entsprechende Pausen für den überwiegenden Teil des Arbeitstages sollten vermieden werden / seien nicht zumutbar. Ein dauerhaftes Stehen ohne wirksame Bewegungsmöglichkeit sollte vermieden werden. Repetitive und monotone Tätigkeiten, wie Arbeiten ununterbrochen mit ständig wiederkehrenden, gleichartigen Schulter-, Arm-, oder Handbewegungen mit erhöhter Krafteinwirkung oder in extremen Gelenkstellungen seien dem Beschwerdeführer nicht zuzumuten. Ziehen oder Schieben von Lasten (Container, Betten, Trolleys etc.) mit grosser Kraftanstrengung über kurze / lange Distanzen, Lastenhandhabungen mit einer gewissen Regelmässigkeit wie Heben, Halten, Tragen, mit sehr hoher Häufigkeit niedrigerer oder höherer Lastgewichte.

6.14 Im «Arbeitsunfähigkeitszeugnis» vom 28. April 2017 (Suva-Nr. 124) nahm Dr. med. K. ___ zur aktuellen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vom 28. April bis 30. Juni 2016 Stellung. Er bestätigte dabei sämtliche Ausführungen des am 17. März 2017 verfassten ärztlichen Zeugnisses (vgl. E. II. 6.13 hiervor).

6.15 Dr. med. K. ___ hielt in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 8. August 2017 (Suva-Nr. 124) folgende Diagnosen fest: – Persistierende Gonalgie links – Status nach medialer Teilmenishektomie 9. Juni 2016 – Reruptur medialer Meniscus Knie links bei Status nach medialem Meniscusriss am

16. September 2015, sowie Kniegelenksarthroskopie in der E.____ 12. Januar 2016 Zum bisherigen Verlauf wurde ausgeführt, es bestünden ein Belastungs- und Ruheschmerz im linken Kniegelenk, eine schmerzhafte Beweglichkeit und ein hinkendes Gangbild. Es handle sich um einen chronifizierten Zustand, insofern sei eine schlechte Prognose gegeben. Es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf beeinflussen könnten. Gegenwärtig werde mit Cymbalta, Lyrica, Infiltrationen erfolglos behandelt. Es werde empfohlen, den Beschwerdeführer durch Dr. med. G.____ mit zu betreuen. 6.16 Dr. med. C.____ hielt am 29. Mai 2017 (Suva-Nr. 125) folgenden Befund fest: Mässige femorotibiale Arthrose medial betont am linken Kniegelenk bei Status nach medialer Meniskusnaht und Status nach medialer Teilmeniskektomie bei Ruptur. Es verbleibe eine verminderte Belastbarkeit des linken Kniegelenks. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich. Der Integritätsschaden belaufe sich gemäss der Tabelle 5.2 auf 10 %. 6.17 Dr. med. C.____ hielt anlässlich seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Mai 2017 (Suva-Nr. 126) folgende Diagnosen fest: – Status nach Kniedistorsion links mit Meniskusläsion im medialen Hinterhorn und Corpus am 16. September 2015 – Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks und medialer Meniskusnaht sowie medialer Teilmeniskektomie am 12. Januar 2016 – Status nach Rearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie bei Ausriss der ehemaligen Meniskusnaht am 9. Juni 2016 Beurteilung: Objektive und subjektive Befunde: Das linke Kniegelenk sei nicht überwärmt, es liege ein leichter bis mässiger Gelenkerguss vor. Die Flexion sei um 40 ° eingeschränkt, bei genügender Ablenkung sei die Flexion 10° eingeschränkt gegenüber rechts bei freier Extension. Die Bandstabilität sei soweit in Ordnung, abgesehen einer leicht vermehrten medialen und lateralen Aufklappbarkeit in 20 °Flexion. Der mediale Kniegelenkspalt sei in der ganzen Zirkumferenz druckdolent. Belastete Rotationsbewegungen verstärkten den Schmerz im medialen Gelenkspalt. Nach wie vor keine Quadricepsatrophie links. Es gebe keine diagnostischen und therapeutischen Vorschläge. Der aktuelle Zustand müsse als vorläufiger Endzustand angesehen werden. Versicherungsmedizinische Aspekte: Beim Beschwerdeführer bestehe ein Zustand nach Kniedistorsion links mit komplexer medialer Meniskusläsion. Status nach medialer Meniskusnaht und Status nach medialer Teilmeniskektomie links. Die Unfallkausalität sei gegeben. Seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Oktober 2016 weiterhin protrahierter Heilverlauf. Der Beschwerdeführer zeige bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung ein mehr oder weniger unverändertes Beschwerdebild bezüglich des linken Kniegelenks. Zusätzlich würden heute auch vermehrte lumbale Rückenbeschwerden geklagt, diese Rückenbeschwerden seien eindeutig unfallfremder Natur. Der Zustand am linken Kniegelenk habe sich gegenüber der letzten Untersuchung nicht grundlegend geändert. Auffallend sei nach wie vor, dass der Beschwerdeführer linksseitig keine Quadricepsatrophie aufweise. Mit weiteren orthopädischen Behandlungsmassnahmen sei nicht von einer namhaften Verbesserung der Erwerbsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdegegnerin werde den Fall somit unter Prüfung der Restfolgen abschliessen. Aufgrund der Unfallfolgen am linken Kniegelenk seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis knapp mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar ohne Arbeiten in Zwangshaltung wie kniender oder kauender Arbeitsstellung und ohne Arbeiten auf Leitern sowie auch ohne repetitives Treppengehen. 7. Es ist aufgrund der vorliegenden Akten sowie der Rechtsschriften unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer am 16. September 2015 bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit einen komplexen medialen Meniskushinterhornriss am linken Knie zuzog, der in der Folge am 12. Januar 2016 operativ behandelt wurde. Aufgrund der

anschliessenden Reruptur des medialen Meniscus am linken Knie erfolgte am 9. Juni 2016 ein erneuter operativer Eingriff. Eine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik wurde dadurch indes nicht erzielt. So litt der Beschwerdeführer auch weiterhin unter Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers am linken Knie auf das Unfallereignis vom 16. September 2015 zurückzuführen und damit der natürliche Kausalzusammenhang (vgl. E. II. 2.1 hiervor) gegeben ist. Es ist somit nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich zu Recht gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung von Dr. med. C.____ vom 29. Mai 2017 durchgeführt hat. 8. Es ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 1. März 2018 (A.S. 1 ff) korrekterweise auf die kreisärztliche Untersuchung von Dr. med. C.____ 29. Mai 2017 (vgl. II. E. 6.17 hiervor) abgestellt hat. 8.1 Hinsichtlich des Beweiswerts von Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte ist entscheidend, ob sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bei Berichten versicherungsinterner Ärzte kann nicht bereits aufgrund des Arbeits- (resp. hier des Auftrags-) Verhältnisses auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit geschlossen werden; aber sofern auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3.b/ee S. 353 f.). Diese Grundsätze sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013 E. 5.1). 8.2 Dr. med. C.____ führte in seinem Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 29. Mai 2017 sämtliche bis dato erstellten, relevanten Arztberichte inkl. der entsprechenden Diagnosen auf (Suva-Nr. 126 S. 1 ff.). Damit kann bei ihm von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden. Dr. med. C.____ gab zudem die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wieder (Suva-Nr. 126 S. 3), weshalb die entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers in die Beurteilung miteinbezogen worden sind. Zudem führte Dr. med. C.____ eine eigene klinische Untersuchung mit einer entsprechenden Befunderhebung durch (Suva-Nr. 126 S. 3 f.). Daher leuchtet seine Beurteilung ein, wonach das linke Kniegelenk nicht überwärmt sei und ein leichter bis mässiger Gelenkerguss vorliege. Auch die weitere Feststellung, wonach die Flexion 40 °, bei genügender Ablenkung gegenüber rechts bei freier Extension jedoch 10 ° eingeschränkt sei, erscheint gestützt auf die anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunden schlüssig. So stellte der Kreisarzt bei der Kniegelenksfunktion rechts eine Extension / Flexion rechts von 0/0/140 ° und links von 0/0/110 ° fest. Gestützt auf die weiter festgestellten Befunde überzeugt auch die kreisärztliche Darlegung, wonach die Bandstabilität soweit in Ordnung sei, abgesehen von einer leicht vermehrten medialen Aufklappbarkeit in 20 ° Flexion. Der mediale Gelenkspalt sei in der ganzen Zirkumfrequenz druckdolent. Unter Heranziehung des kreisärztlichen Berichts vom 12. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) überzeugt im Weiteren auch die Darlegung von Dr. med. C.____, wonach seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Oktober 2016 weiterhin ein protrahierter Heilverlauf bestehe. So konnten die bereits im damaligen Bericht vom 12. Oktober 2016 gestellten Diagnosen anlässlich der aktuellen klinischen Untersuchung vom 29. Mai 2017 bestätigt werden. Es kann daher von einem seit Oktober 2016 nicht wesentlich veränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Dies auch, weil der Kreisarzt explizit darauf hinwies, es sei

auffallend, dass der Beschwerdeführer nach wie vor nicht unter einer linksseitigen Quadricepsatrophie leide. Ausserdem hielt der Kreisarzt fest, der Zustand am linken Kniegelenk habe sich gegenüber der letzten Untersuchung nicht grundlegend geändert (Suva-Nr. 126 S. 5). Die in der Untersuchung vom 29. Mai 2017 beklagten lumbalen Rückenbeschwerden führte der Kreisarzt nicht auf den Unfall zurück, sondern qualifizierte diese als «eindeutig unfallfremd». Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der Beschwerdeführer bisher in den zeitlich vorangehenden medizinischen Akten keine entsprechenden Beschwerden geltend machte und sich diesbezüglich auch keine weiterführenden fachärztlichen Abklärungen bzw. Empfehlungen für solche finden. Demzufolge kann die Beurteilung, wonach bezüglich der Behandlung des linken Knies keine diagnostischen bzw. therapeutischen Vorschläge gemacht werden könnten und der aktuelle Zustand als vorläufiger Endzustand angesehen werden könne, nachvollzogen werden. Damit erweist sich der kreisärztliche Bericht von Dr. med. C.____ vom 29. Mai 2017 als schlüssig und nachvollziehbar und damit grundsätzlich als beweismässig. 8.3 Es ist zu prüfen, ob der Beweiswert der Ausführungen und Beurteilungen von Dr. med. C.____ im kreisärztlichen Bericht vom 29. Mai 2017 durch die vorliegenden medizinischen Akten geschmälert werden: 8.3.1 Die von Dr. med. C.____ festgestellten Diagnosen eines «Status nach Kniedistorsion links mit Meniskusläsion im medialen Hinterhorn und Corpus am 16. September 2015», eines «Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks und medialer Meniskusnaht sowie medialer Teilmeniskektomie am 12. Januar 2016» sowie eines «Status nach Rearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie bei Ausriss der ehemaligen Meniskusnaht am 9. Juni 2016» lassen sich aufgrund der vorliegenden Akten verifizieren, da sowohl das Unfallereignis vom 16. September 2015 als auch die entsprechenden operativen Eingriffe vom 12. Januar und 9. Juni 2016 dokumentiert sind (vgl. insbesondere E. II. 6.2, 6.7 hiervor). Ausserdem sind den vorliegenden Akten keine von diesen Diagnosestellungen abweichenden diagnostischen Feststellungen zu entnehmen. Auch in Bezug auf die durch den Beschwerdeführer gegenüber dem Kreisarzt beklagten Schmerzen bei Belastung im linken Knie (Suva-Nr. 126 S. 3), welche im Rahmen der klinischen Untersuchung bestätigt werden konnten, indem sich der mediale Kniegelenkspalt in der ganzen Zirkumfrequenz als druckdolent erwies und die medialen Schmerzen bei belasteten Rotationsbewegungen des linken Unterschenkels verstärkten (Suva-Nr. 126 S. 4 oben), sind sich die Ärzte einig, dass diese seit dem Unfallereignis bestehen. So führte bereits der erste operative Eingriff vom 12. Januar 2016 trotz anfänglich positiver Entwicklung (vgl. E. II. 6.4 hiervor) lediglich zu einer kurzzeitigen Schmerzabnahme. Bereits im Bericht von Dr. med. G.____ vom 18. April 2016 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) wurde ein «wenig schmerzreduzierender» postoperativer Verlauf ausgewiesen, der auf den bildgebend objektivierten medialen Meniscusriss zurückgeführt wurde. Doch auch der am 9. Juni 2016 erfolgte zweite operative Eingriff führte nicht zu einer relevanten Verbesserung der Schmerzproblematik. So diagnostizierte Dr. med. J.____ im Bericht vom 16. August 2016 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) eine «persistierende mediale Gonalgie links» und hielt fest, diese habe sich auch durch die beiden arthroskopischen Eingriffe nicht relevant verbessert. Er empfahl diesbezüglich in erster Linie eine konservative Therapie. Dieser Einschätzung schlossen sich in der Folge zum einen Dr. med. G.____ im Bericht vom 30. August 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervor), der allenfalls die Durchführung einer Infiltration in Betracht zog, und zum anderen auch Dr. med. C.____ in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 12. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) an, der eine Infiltration ebenfalls befürwortete. An der Schmerzproblematik änderte indes auch die durch Dr. med.

G.____ im Januar 2017 durchgeführte Infiltration nichts. So wurde im Bericht vom 10. Januar 2017 ausgeführt (vgl. E. II. 6.12 hiervor), es sei keine «Veränderung des Schmerzempfindens» gegeben und der Beschwerdeführer leide weiterhin unter Belastungs- und Ruheschmerzen. Dies stellte sodann auch Dr. med. K.____ in seinem Bericht vom 8. August 2017 fest (vgl. E. II. 6.15 hiervor), indem er von einem Belastungs- und Ruheschmerz im linken Kniegelenk, einer schmerzhaften Beweglichkeit sowie einem hinkenden Gangbild sprach. Aufgrund dieser Ausführungen sind in den vorliegenden Akten keine sich widersprechenden Berichte bzw. unterschiedlichen fachärztlichen Einschätzungen betreffend die therapeutischen Behandlungsmassnahmen dokumentiert. Gestützt auf die vorangehenden Darlegungen und die Einschätzung von Dr. med. G.____ im Bericht vom 10. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.12 hiervor), wonach wohl keine orthopädische Massnahme das Kniegelenk im Moment verbessern könne, überzeugt die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C.____, wonach er keine diagnostischen und therapeutischen Vorschläge machen könne. Damit erscheint auch der durch ihn als «vorläufigen Endzustand» bezeichnete aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers plausibel.

8.3.2 Einzugehen ist auf die ärztlichen Einschätzungen der dem Beschwerdeführer zumutbaren beruflichen Tätigkeiten. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass sich mit Ausnahme des Internisten Dr. med. K.____ im ärztlichen Zeugnis vom 17. März 2017 (vgl. II. 6.13 hiervor) kein behandelnder Arzt mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers näher auseinandergesetzt hat. So attestierte der Orthopäde Dr. med. D.____ dem Beschwerdeführer vom 6. Januar bis 6. März 2016 eine 100%ige und vom 7. bis 20. März 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 6.2, 6.4 hiervor), ohne dies indes zu begründen. Aufgrund der Reruptur verlängerte sich die volle Arbeitsunfähigkeit gemäss Einschätzung von Dr. med. G.____ sodann bis Ende Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Den Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit von Dr. med. K.____ vom 17. März 2017 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) kann indes nicht gefolgt werden: Da seinem «ärztlichen Zeugnis» einerseits keine Diagnosestellungen bzw. klinischen Befunde zu entnehmen sind, ist der Bezug des durch ihn festgestellten Zumutbarkeitsprofils zu den konkreten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar. Andererseits wird im ärztlichen Zeugnis vom 17. März 2017 nicht begründet, wieso dem Beschwerdeführer wegen der Unfallfolgen repetitive oder monotone Tätigkeiten mit ständig wiederkehrenden, gleichartigen Schulter-, Arm-, oder Handbewegungen nicht zumutbar sein sollen. Denn es besteht – wie oben ausgeführt – beim Beschwerdeführer im Wesentlichen in Bezug auf sein linkes Knie eine zum Unfallereignis vom 16. September 2015 natürlich kausale gesundheitliche Problematik. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb er in seiner Arbeitsfähigkeit betreffend die oberen Extremitäten eingeschränkt sein soll. In diesem Zusammenhang kann dem ärztlichen Zeugnis auch nicht schlüssig entnommen werden, warum der Beschwerdeführer selbst in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit lediglich zu vier Stunden pro Tag mit einer Leistungseinbusse von 20 % einsetzbar sein soll. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Einschätzung findet sich nicht. Es ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 8C_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen). Damit vermögen die Einschätzungen von Dr. med. K.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen.

8.3.3 Somit vermögen die übrigen medizinischen Akten am Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. C.____ vom

29. Mai 2017 keine auch nur geringen Zweifel zu wecken (vgl. E. II. 8.1 hiervor). Diese ist als voll beweiswertig zu qualifizieren. 8.4 Damit laufen die Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach ein gerichtlich angeordnetes Gutachten durchzuführen sei (vgl. E. I. 3 Ziff. 1 hiervor), ins Leere. Im vorliegenden Fall hat eine umfassende medizinische Abklärung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stattgefunden, womit dessen gesundheitliche Situation hinreichend abgeklärt worden ist. 8.5 Da der kreisärztlichen Untersuchung von Dr. med. C.____ vom 29. Mai 2017 voller Beweiswert zukommt, kann auch auf das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers abgestellt werden: Demnach sind dem Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen am linken Kniegelenk körperlich leichte bis knapp mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar ohne Arbeiten in Zwangshaltung wie kniender oder kauender Arbeitsstellung und ohne Arbeiten auf Leitern sowie auch ohne repetitives Treppengehen (vgl. E. II. 6.17 hiervor). Demnach ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Betriebsarbeiter nicht mehr zumutbar. 9. Nachfolgend ist auf den durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich einzugehen und zu prüfen, ob der errechnete Erwerbsunfähigkeitsgrad von 0 % (A.S. 7 ff.) korrekt ist (vgl. E. II. 2 hiervor): 9.1 Es ist zunächst auf das Valideneinkommen einzugehen: 9.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (hier: ab 2017) 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). 9.1.2 Wie den Akten zu entnehmen ist, hat der Beschwerdeführer keine Ausbildung absolviert (Suva-Nr. 20 S. 1). Er war im Unfallzeitpunkt vom 16. September 2015 seit dem 1. Juli 2007 in einem Arbeitspensum von 100 % in unbefristeter Anstellung bei Firma B.____, [...], als Betriebsarbeiter tätig (Suva-Nr. 1). Dort war er bei den Druckmaschinen eingeteilt und übernahm sämtliche Tätigkeiten, die ihm übertragen wurden (Suva-Nr. 20 S. 1). Dem Beschwerdeführer wurde am 24. November 2015 per 29. Februar 2016 gekündigt (Suva-Nr. 39 S. 1), wobei der Vertrag am 31. August 2016 endete (Suva-Nr. 64). Da dem Beschwerdeführer somit aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass er diese berufliche Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter bei voller Gesundheit auch weiterhin ausgeübt hätte. Daher ist die Beschwerdegegnerin vorliegend für die Festsetzung des Valideneinkommens korrekterweise vom zuletzt bei der Firma B.____ im Jahr 2017 mutmasslich erzielten monatlichen Erwerbseinkommen (vgl. Suva-Nr. 103) von CHF 4'105.00 ausgegangen. Damit beträgt das Valideneinkommen total CHF 53'965.00 ([CHF 4'105.00 x 13] + [CHF 50.00 Feiertagszuschlag x 12]). Dem durch die Beschwerdegegnerin errechneten Valideneinkommen von CHF 54'205.00 (A.S. 7) kann nicht gefolgt werden. So finden sich in den vorliegenden Akten keine Hinweise auf die berücksichtigten Nachtzulagen von CHF 840.00. 9.2 Im Weiteren ist auf das Invalideneinkommen einzugehen: 9.2.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund 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 – wie vorliegend der Fall – 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 Lohnstrukturhebungen (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; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b/aa).

9.2.2 Das Abstellen auf DAP-Löhne setzt voraus, dass, zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern, Angaben gemacht werden über die Gesamtzahl der aufgrund 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.

9.2.3 Bezüglich des Invalideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter unfallbedingt nicht mehr ausüben kann, er aber – gestützt auf das von Dr. med. C.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. II. E. 8.4 hiervor) – in einer angepassten Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen voll leistungsfähig wäre. Daher ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) festgesetzt hat. Die Beschwerdegegnerin ist hierbei von der Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP) 2017 auf dem gesamten schweizerischen Arbeitsmarkt ausgegangen und hat das durchschnittliche Erwerbseinkommen einer auf die Unfallfolgen angepassten Tätigkeit auf CHF 56'888.00 festgelegt (A.S. 8).

9.2.4 Vorliegend sind die Voraussetzungen (vgl. II. E. 9.2.2 hiervor) für das Abstellen auf die DAP-Löhne erfüllt: So beträgt die Gesamtzahl der in Frage kommenden Arbeitsplätze 65; der Minimallohn beträgt CHF 47'333.00, der Maximallohn CHF 79'920.00 und der Durchschnittslohn CHF 59'812.00. Die Arbeitsplatzbeschreibungen der fünf Tätigkeiten, welche für die konkrete Berechnung herangezogen wurden, werden dem durch den Kreisarzt Dr. med. C.____ formulierten Zumutbarkeitsprofil gerecht. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit korrekt und nicht zu beanstanden.

9.3 Aufgrund dieser vorangegangenen Berechnungen mit einem Valideneinkommen von CHF 53'965.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 56'888.00 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 0.00, was einem Erwerbsunfähigkeitsgrad 0 % entspricht und somit nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt (vgl. II. E. 2 hiervor). Selbst wenn – wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 1. März 2018 getan

hat – beim Valideneinkommen die Nacht- und Feiertagszulagen von CHF 840.00 berücksichtigt worden wären (vgl. S.A. 7 f.), würde dies am Ergebnis nichts ändern. So ergäbe sich diesfalls bei einem Valideneinkommen von total CHF 54'205.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 56'888.00 ebenfalls keine Erwerbseinbusse und es würde daher auch kein Anspruch auf eine Rente resultieren. 10. Es ist zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Einspracheentscheid vom 1. März 2018 abwies. Dieser ist somit zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 11. Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 12. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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