

SO_GERICHTE VSBES.2020.98 vom 15. April 2020

SO Obergericht, 2020-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.98

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.98 du 15 avril 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.98 del 15 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

Es sei der Einsprache-Entscheid vom 15. April 2020 aufzuheben.

E. 2

Es sei festzustellen, dass die verwertbare Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht gegeben ist und es sei somit von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen und dem Beschwerdeführer sei eine ganze IV-Rente auszurichten.

E. 3

Eventualiter sei das berechnete Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten (LSE 2016, Tabelle 1, Total Kompetenzniveau 1, Männer) mit einem Leidensabzug von mindestens 15 Prozent zu belegen.

E. 4

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei der unterzeichnende Anwalt als sein Vertreter einzusetzen.

E. 5

Knieschmerzen bds. mit/bei - St. n. dorso-medialer Kniegelenksluxation links
22.08.2015 mit Ruptur mediales Kollateralband und beide Kreuzbänder. - St. n.
Fixateur externe Anlage im Spital Langenthal - Verdacht auf überlastungsbedingte
Knieschmerzen rechts

E. 6

Aktiviert Mittelfussarthrose perinaviculär bei lateraler Navikulare-Nekrose
Nebendiagnosen:

E. 7

St. n. PIP Luxation Dig IV rechte Hand 22.8.2015

E. 7.3

7.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheid vom 15. April 2020 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2016. Gemäss LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer auf CHF 5'340.00. Der Nominallohnindex betrug 2016 für das Total aller Wirtschaftszweige für Männer 100.6 Punkte (Basis 2015 = 100), 2017 101.0 Punkte und 2018 101.5 Punkte (T1.1.15). Die im Zeitpunkt des angefochtenen

Einspracheentscheidende aktuelle Quartalsschätzung für die Entwicklung per 2019 betrug 0.5 % (vgl. Suva-Nr. 193). Die der LSE für 2016 entnommene Zahl ist an diese Veränderungen anzupassen. Der standardisierte Monatslohn basiert auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit aufzurechnen. Im Total aller Wirtschaftszweige betrug diese von 2011 bis 2018 durchgehend 41.7 Stunden. Der Wert für 2019 war noch nicht bekannt. Somit ist es gerechtfertigt, auch für 2019 von 41.7 Stunden auszugehen (vgl. auch BGE 143 V 295 E. 2.3 mit Hinweisen). Dies ergibt nach Aufrechnung des Nominallohnindex und der branchenüblichen Wochenarbeitsstunden (unter Vorbehalt eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 7.3.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 67'743.00.

7.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilweise erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid keinen Abzug vorgenommen (vgl. A.S. 6 ff.). Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, das berechnete Invalideneinkommen sei aufgrund seines fortgeschrittenen Alters kombiniert mit seinen körperlichen Defiziten mit einem Leidensabzug von mindestens 15 % zu belegen. Der Kreisarzt Dr. med. I. ___ formuliert in seinem Bericht vom 27. Juni 2018 (Suva-Nr. 175) ein Tätigkeitsprofil. Danach sei beim Beschwerdeführer in einer angepassten, wechselbelastenden körperlich leichten bis mittelschweren, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten in unebenem Gelände, kniende und/oder kauernde Tätigkeiten, Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, Tätigkeiten mit häufigem Treppensteigen insbesondere unter Gewichtsbelastung. Des Weiteren soll in sitzender Tätigkeit die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beins gegeben sein. Diese Einschränkungen sind nicht derart, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Ebenso bildet der Umstand, dass eine versicherte Person nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Des

Weiteren verfügt der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung (vgl. Suva-Nr. 46), was unter dem Aspekt des Aufenthaltsstatus im Vergleich mit dem Totalwert ebenfalls keine Lohneinbusse erwarten lässt. Ebenso gebietet das Alter des Beschwerdeführers keinen Abzug. Dieses wirkt sich rechtsprechungsgemäss auf Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1, dessen Anwendbarkeit hier unbestritten ist, nicht zwingend lohnsenkend aus. Hilfsarbeiten werden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nämlich altersunabhängig nachgefragt. Besondere Umstände, welche einen altersbedingten Abzug beim Invalideneinkommen rechtfertigen könnten, sind im vorliegenden Fall nicht ersichtlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_284/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2.3). So wäre das Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur soweit zu berücksichtigen, als es die Erwerbsaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Dies geht auch aus der Unterteilung der LSE-Tabelle TA17 in drei Kategorien (bis 29 Jahre / 30 bis 49 Jahre / 50 Jahre und älter) mit je steigenden Verdienstmöglichkeiten hervor. Denn wäre statistisch tatsächlich eine Tendenz zu erkennen, dass – gesunde – Mitarbeiter kurz vor dem Pensionsalter eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssten, so hätte das Bundesamt für Statistik für diese Erscheinung eine weitere Kategorie bilden müssen. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteile des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Zudem kann die Anzahl Dienstjahre bei der Verwendung des Kompetenzniveaus 1 keinen Abzug begründen. Schliesslich entfällt auch der Teilzeitaspekt, da der Beschwerdeführer gemäss Beurteilung des Kreisarztes vollzeitlich erwerbstätig sein kann. Insgesamt ist somit – in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin – kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt.

7.3.3 Das Invalideneinkommen entspricht somit dem aus der LSE abgeleiteten Betrag von CHF 67'743.00.

7.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 86'931.00) und Invalideneinkommen (CHF 67'743.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 22 %. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Januar 2020 Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe.

8. Nach dem Gesagten ist der vorliegend angefochtene Einspracheentscheid vom 15. April 2020, worin dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente mit einem Invaliditätsgrad von 22 % ab 1. Januar 2020 zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

9. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiavor).

9.3 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 14. Oktober 2020 (A.S. 59) weist insgesamt einen Zeitaufwand von 10.67 Stunden sowie Auslagen von total CHF 91.00 aus. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung antragsgemäss auf CHF 2'165.80 festzusetzen (10.67 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art.

1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

E. 8

St. n. LE bei TVT links am 23.9.2015 Med. KSA

E. 9

Rez. Schwindel unklare Aetiologie Abklärung Dr. Mauderli 11.2017 - MRI Abklärung DD A. vaskularis

E. 10

Asthma bronchiale, intrinsic Typ Der Beschwerdeführer gehe regelmässig in die Physiotherapie und habe erstmals den Lichtblick, dass das linke Knie auch mal ein paar Tage lang nicht geschmerzt habe. Dafür habe er Beschwerden auf der rechten Seite, hier habe er bei Dr. med. P.____ einen Infiltrationstermin. Bei den Füessen sei unverändert der rechte Fuss schlimmer als links. Die Beschwerden seien aktuell erträglich. Er trage den Xeleroschuh, damit habe er beim Laufen deutlich weniger Beschwerden an den Füessen. Es sei seit der letzten Konsultation und Besprechung des Spect CTs der Füesse am 29. März 2018 nicht zu einer Schmerzzunahme gekommen. Es sei damals bereits die Option einer talonavicularen und talocuneiformer Arthrodesierung besprochen worden. Der Patient möchte im Moment aber strikt keine Operation, da er die erforderliche postoperative Ruhigstellung nicht durchhalten würde. Er sei ein aktiver Mensch und leide darunter, dass er sich nicht mehr bewegen könne. Im Moment mache er leichte Fortschritte und möchte dies nicht durch eine operationsbedingte Ruhigstellung wieder verlieren. Im Befund gebe es am linken Fuss keine Rötung oder Überwärmung. Druckempfindlichkeit auf Höhe Os naviculare sowie von plantar über distalem Metatarsale I. Unauffällige plantare Beschwiellung, unauffälliges Fussgewölbe. Fusspulse palpabel. 4.17 Die Infiltration von 40 mg Kenacort und 8 ml Mepivacain 1 % intraartikulär erfolgte gemäss Infiltrationsbericht vom 29. Mai 2018 (Suva-Nr. 166) von Dr. med. P.____, Leitender Arzt, Spital M.____, mühelos und ohne Komplikationen. 4.18 Nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. Juni 2018 stellte Dr. med. I.____ die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 175): - Belastungsabhängige Beschwerden Kniegelenk links mit Verdacht auf Schmerzchronifizierung und Symptomausweitung bei - St. p. dorsomedialer Kniegelenksluxation links 22.08.2015 mit Ruptur des medialen Kollateralbandes und Ruptur des hinteren Kreuzbandes - St. p. Fixateur externe Anlage, Spital Langenthal Nicht unfallbedingt: - Belastungsabhängige Knieschmerzen rechts. - Aktivierte Mittelfussarthrose perinavicular rechts bei lateraler Naviculare Nekrose. - Klinisch Verdacht auf Polyneuropathie (in Abklärung). - St. p. PIP Luxation Dig. IV, Hand rechts am 22.08.2015. - St. p. Lungenembolie bei TVT links am 29.03.2015 (recte: 23.09.2015). - Rezidivierender Schwindel unklarer Ätiologie. - Asthma bronchiale vom intrinsischen Typ. Zusammenfassend führte der Kreisarzt aus, trotz mehrjähriger Physiotherapie und berichtetem täglichem Training zuhause werde eine Instabilität des linken Kniegelenks geklagt. Bei stabilem vorderem Kreuzband sei die Instabilität nicht nachvollziehbar und beruhe teils wohl auch auf der Fehldiagnose einer vorderen und hinteren Kreuzbandruptur. Die Verwendung einer Krücke sei nicht indiziert, wobei angegeben werde, dass diese zuhause auch nicht verwendet werde. Im MRI vom 22. März 2018 (vgl. Suva-Nr. 165) zeigten sich eine aktivierte Arthrose im medialen Femurcondyl und multiple Rissbildungen des medialen Meniskus im Hinterhornbereich. Die nicht korrekte MRI-Diagnose einer Ruptur des vorderen und hinteren Kreuzbandes sei

undifferenziert in allen folgenden Berichten des Spitals D.____ übernommen worden, obwohl am 16. April 2016 ein neuerliches MRI veranlasst worden sei (vgl. Suva-Nr. 87), in welchem die (ebenfalls nicht korrekte) Diagnose eines intakten vorderen und hinteren Kreuzbandes gestellt worden sei. Die Diskrepanz in den Befunden sei offenbar nicht beachtet worden, die MRI-Bilder seien nicht durchgesehen worden. Eine Restbeschwerdesymptomatik bei starker Belastung wäre aufgrund der erlittenen Verletzung und vorliegenden Befunden plausibel, nicht jedoch das demonstrierte und geklagte Ausmass. Auch die nunmehr angegebenen, zunehmenden Beschwerden im rechten Fuss, mehr als im linken Fuss, dem rechten Kniegelenk und auch Rücken deuteten auf eine Symptomausweitung hin. Diese Beschwerden seien nicht Folge der vor drei Jahren erlittenen Kniegelenksverletzung. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation sei aktuell von weiteren medizinischen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung zu erwarten, insbesondere nicht im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit sollte unter folgenden Voraussetzungen eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein: Keine Tätigkeiten in unebenem Gelände, keine knienden und/oder kauernenden Tätigkeiten, keine Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, keine Tätigkeiten mit häufigem Treppensteigen insbesondere unter Gewichtsbelastung. In sitzender Tätigkeit sollte die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beins gegeben sein. 5. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid zu Recht auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. I.____ vom 27. Juni 2018. Es besteht kein Anlass, am Beweiswert dieser kreisärztlichen Beurteilung zu zweifeln, erfüllt sie doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung: Dr. med. I.____ nahm die Vorakten zur Kenntnis (Suva-Nr. 175 S. 1 ff.), gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (Suva-Nr. 175 S. 3), und führte eine klinische Untersuchung durch (Suva-Nr. 175 S. 4). Inhaltlich nimmt Dr. med. I.____ Bezug auf das Unfallereignis und insbesondere auf die in der Folge durchgeführten bildgebenden Untersuchungen, wobei er eine Diskrepanz zwischen den Befunden der MRI-Bilder vom 24. August 2015 und vom 16. April 2016 feststellte. So zeigten sich im MRI vom 24. August 2015 eine Ruptur des hinteren Kreuzbandes sowie eine ausgeprägte Signalanhebung des medialen Kollateralbandes im Sinne einer möglichen Ruptur/Teilruptur. Das vordere Kreuzband weise eine Signalanhebung auf, sei jedoch durchgängig abgrenzbar. Im MRI vom 16. April 2016 gebe es eine Verdickung des medialen Seitenbandes und proximal v.a. kleinen alten knöchernen Ausriss. Das hintere Kreuzband sei deutlich elongiert mit Kalibersprung im Bereich einer vernarbten horizontalen Ruptur. Das vordere Kreuzband sei durchgängig abgrenzbar, bei jedoch St.p. Ruptur einiger Faserbündel. Aufgrund der Diskrepanzen seien die Bilder gemäss dem Kreisarzt zur Zweitbeurteilung durch einen Radiologen an das Röntgeninstitut [...] gesandt worden (Suva-Nr. 175 S. 5). Ob eine Zweitmeinung des genannten Röntgeninstitutes tatsächlich vom Kreisarzt eingeholt worden ist, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Dies spielt aber insofern keine Rolle, als der Kreisarzt trotz der Diskrepanzen in den Röntgenaufnahmen aufgrund der erlittenen Verletzung und der Befunde von einer Restbeschwerdeproblematik im linken Knie ausgeht. Der Kreisarzt nimmt zudem Bezug auf die geklagten Beschwerden im rechten Fuss, im rechten Kniegelenk und im Rücken und kommt zum Ergebnis, diese deuteten auf eine Symptomausweitung hin und seien nicht Folge der vor drei Jahren erlittenen Knieverletzung. In den medizinischen Akten liegt keine von der Beurteilung des

Kreisarzt Dr. med. I. ___ abweichende Kausalitätsbeurteilung vor. Es überzeugt, wenn Dr. med. I. ___ ausführt, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation von weiteren medizinischen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung zu erwarten sei, zumal in den neueren Berichten weniger die Behandlung der Schmerzen im linken Knie im Mittelpunkt standen, sondern diejenigen im rechten Knie sowie in den beiden Füßen, welche nicht Folge des Unfall-Ereignisses vom 22. August 2015 sind (vgl. Suva-Nrn. 164, 172 - 173). Das vom Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil trägt den erhobenen Befunden und den objektiv begründeten Einschränkungen auf überzeugende Weise Rechnung. In den Akten finden sich ausserdem keine ärztlichen Berichte, welche daran auch nur einen geringfügigen Zweifel zu erwecken vermögen. Der Beschwerdeführer erhebt gegen diese Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit zu Recht auch keine Einwände. Auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil kann daher abgestellt werden. 6. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage, ob der Beschwerdeführer die attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann. 6.1 Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Entscheid die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, er befinde sich im fortgeschrittenen Lebensalter und kombiniert mit seinen körperlichen Defiziten sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer faktischen Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen. 6.2 Für die Invaliditätsbemessung ist nach der Rechtsprechung von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Dies gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.2 mit Hinweisen). 6.3 Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ist gekennzeichnet durch unfallbedingte Einschränkungen in der Beweglichkeit und Schmerzen im linken Knie, was die weitere Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Maschinenbediener ausschliesst. Diese Beeinträchtigungen haben zur Folge, dass der Beschwerdeführer keine Arbeiten in unebenem Gelände, kniend oder kauend, auf Leitern und Gerüsten, mit häufigem Treppensteigen insbesondere unter Gewichtsbelastung ausüben kann. In sitzender Tätigkeit sollte die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beins gegeben sein. Pensenmässig besteht keine Einschränkung. Im Fall des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, die ihm unter Berücksichtigung der vorerwähnten Einschränkungen noch zuzumutenden Tätigkeiten seien nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der

ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. Auch der Umstand, dass dem Beschwerdeführer in sitzender Tätigkeit die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beines gewährt werden sollte, ändert entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nichts daran. So ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, als dass allein deshalb von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt durchaus Arbeitsplätze, welche dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführer entsprechen, so beispielsweise – wie von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom

E. 15

April 2020 sowie in der Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2020 genannt – im Bereich der Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten oder in der Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten. Hinzu kommt, dass der der Beschwerdeführer in verschiedenen Berufszweigen gearbeitet hat und somit über ein breites Erfahrungsspektrum verfügt, was den Wiedereinstieg immerhin begünstigen. Die bestehenden Einschränkungen hindern den Beschwerdeführer nicht in der Weise, dass das Finden einer entsprechenden Stelle von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden müsste, zumal der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2 und 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11, je mit Hinweisen). Das Alter des 1957 geborenen Beschwerdeführers (vgl. zum in der Invalidenversicherung massgebenden Zeitpunkt BGE 138 V 457) ändert an der Beurteilung nichts, denn im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung hat sich keine Rechtsprechung etabliert, wonach die Unverwertbarkeit einer verbleibenden medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit wegen des fortgeschrittenen Alters zu berücksichtigen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_313/2018 vom 10. August 2018 E. 6.6; vgl. auch Art. 28 Abs. 4 UVV). 6.4 Zusammenfassend kann nicht von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht davon ausgegangen, die verbleibende Arbeitsfähigkeit lasse sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Rahmen einer vollzeitlichen Anstellung verwerten. 7. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich. 7.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. Januar 2020, massgebend (BGE 128 V 174, 129 V 222). Gemäss Kreisarzt Dr. med. I. ___ besteht in einer angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. 7.2 Das Valideneinkommen von CHF 86'931.00 (inkl. Zulagen) stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Suva-Nr. 191). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

E. 22

August 2015 zurückzuführen.

4.6 Gemäss Bericht der Klinik J. ___ vom 13. April 2016 (Suva-Nr. 65) lasse sich in der heutigen sonographischen Verlaufskontrolle bei St. n. Muskelvenenthrombose im Bereich des musculus gastrocnemius lateralis links kein Residuum mehr darstellen. Dennoch sei bei St. n. provoziertes Beinvenenthrombose und Lungenembolie eine Antikoagulation indiziert, solange der Risikofaktor andauere. Formal also bis der Patient das Bein wieder voll belasten

könne. Hiermit sei jedoch erst nach einer chirurgischen Sanierung zu rechnen. Nach einer nun 6-monatigen Antikoagulation sei das thrombotische Geschehen weitestgehend stabilisiert, so dass eine perioperative Pausierung vertretbar sei. Postoperativ werde empfohlen, die Antikoagulation erneut aufzugreifen und für die Dauer der Immobilität fortzusetzen.

4.7 Dem Bericht des Spitals D.____ vom 9. Mai 2016 (Suva-Nr. 66) lässt sich die Diagnose einer beginnenden Gonarthrose links und einer verbliebenen Bandinstabilität entnehmen. Im Befund zeige sich das Kniegelenk im Vergleich zur Voruntersuchung abgeschwollen mit leichter Ergussbildung. Der Beschwerdeführer habe immer wieder einschliessende Schmerzen am linken Kniegelenk. Die Beweglichkeit liege mittlerweile bei 120-0-0°. Das mediale Seitenband sei mittlerweile wieder stabil, das Tibiaplateau sei gegen den Femurkondylus allerdings sowohl nach hinten als auch nach vorne verschiebbar als Zeichen einer doch noch vorhandenen Bandinstabilität der Kreuzbänder. Klinisch berichte der Patient auch, dass er gelegentlich plötzlich einschliessende Schmerzen im Gelenk habe und dann das Knie auch wegknicke. In der am 16. April 2016 durchgeführten MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks (Suva-Nr. 87) zeige sich eine vertikale kleine Läsion im medialen Meniskushinterhorn. Des Weiteren zeige sich eine Chondromalazie Grad 2 im medialen Femurknorpel, ein Ulkus im lateralen Tibiaknorpel und eine Chondromalazie Grad 3 in der lateralen Patellafacette. Es bestehe ein geringer Gelenkerguss. Kreuzbänder gering intermedia signalgebend. Die Kreuzbänder seien intakt, klinisch bestehe jedoch eine nachweisbare Instabilität der Kreuzbänder, sodass doch von einer verbliebenen Schädigung der Kreuzbänder ausgegangen werden müsse. Insgesamt habe sich die Beschwerdesymptomatik am linken Kniegelenk gebessert, trotzdem bestünden nach wie vor glaubhafte Beschwerden mit Schwellung und Instabilitätsgefühl und auch Giving-way des Kniegelenkes.

4.8 Im Bericht des Spitals D.____ vom 19. Mai 2016 (Suva-Nr. 67) wird festgehalten, auch wenn in der MRI-Untersuchung vom 16. April 2016 (Suva-Nr. 87) keine Kreuzbandläsion mehr gesehen worden sei, so sei klinisch doch eine verbliebene Instabilität zu sehen. Man sehe in der MRI-Untersuchung aber auch schon deutliche Knorpelschäden, vor allem im medialen Kompartiment und an der Patellafacette. In Anbetracht des schon leicht fortgeschrittenen Alters, der beschriebenen Knorpelschäden im Kniegelenk und der stattgehabten Lungenembolie werde jetzt keine Indikation für eine Bandrekonstruktion gesehen, da der Effekt dieser Operation wahrscheinlich nur vorübergehend sei. Mit der verordneten Orthese komme der Patient im täglichen Leben prinzipiell schon gut zurecht. Auf Dauer sei wahrscheinlich aufgrund der verbliebenen Bandinstabilität und der Knorpelschäden eine Knieprothesenimplantation notwendig.

4.9 Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. September 2016 führte die Kreisärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in ihrem gleichentags erstellten Bericht (Suva-Nr. 105) aus, zum einen bestünden belastungsabhängige Knieschmerzen links, verbunden mit einer Instabilitätsproblematik. Diesbezüglich sei von weiteren operativen Therapien aufgrund der Gesamtkonstellation abgesehen worden. Auch die Kreisärztin unterstützte vorerst den Ausbau der konservativen Therapie und die regelmässige Kräftigung zur Verbesserung der Kniestabilität. Punkto pulmonaler Pathologie und erlittener Lungenembolie werde dringend empfohlen, eine pneumologische Standortbeurteilung vornehmen zu lassen. Bezüglich der Zumutbarkeit führte die Kreisärztin aus, bezogen auf die Kniepathologie sei die Aufnahme

der Arbeitstätigkeit über sechs Monate zu planen. Die Tätigkeiten sollten knieschonend sein. Kein repetitives Knien sowie Leitern- und Treppensteigen. Keine kauernden Tätigkeiten. Gehen auf ebenen Böden. Wechselbelastende Tätigkeiten. Die Arbeit sollte leicht bis mittelschwer sein. Punkto pulmonaler Pathologie sei momentan die Leistungsfähigkeit aufgrund der unter Belastung auftretenden Dyspnoe eingeschränkt.

4.10 Dr. med. K.____, Chefarzt, Klinik H.____, stellte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2016 (Suva-Nr. 128) folgende Diagnosen:

- aktuell teilkontrolliert
- Intoxikation praktisch ausgeschlossen

Der Beschwerdeführer beschreibe bei St.n. Lungenembolie einen chronifizierten Husten seit einem Jahr und auch etwas Atemnot. Seit einigen Monaten komme es auch zu nächtlichen Atembeschwerden mit Zunahme der Dyspnoe und des Hustens. Der Patient weise ein relativ stabiles Körpergewicht auf. Wegen seiner Verletzungsfolgen könne er sich körperlich nicht allzu sehr belasten. Die Medikation bestehe in Xarelto 20 mg, Bricanyl bei Bedarf, Bexin Sirup, Co-Dafalgan und Brufen. Der Patient sei Nichtraucher. Er gebe an, relativ häufig an respiratorischen Infekten im Bereich der oberen Luftwege zu leiden. Eine Gastroskopie sei im Weiteren negativ ausgefallen, frühere allergische oder asthmatische Erkrankungen würden negiert, es bestehe auch keine familiäre Prädisposition. Klinisch finde sich ein Patient in gutem Allgemeinzustand, etwas adipös, normales Atemgeräusch über allen Lungenfeldern, normale Herzauskultation. Radiologisch finde sich ein normales Lungenparenchym, Herzgrösse im Normbereich, Hili unauffällig. Es bestehe eine leichte Brustkyphose. Lungenfunktionell könne eine deutliche asthmatische Atemwegsreaktion bei tiefem exhalativem NO nachgewiesen werden, im Weiteren eine Hyperventilationsneigung und eine leichte Ruhehypoxämie. Die allergologische Abklärung ergebe normale Gesamtreaktine und einen sxl-Screen der Klasse CAP 0. Die Beschwerden des Patienten seien durch das Asthma bronchiale, welches funktionell eindeutig nachweisbar sei, klar erklärbar. Eine COPD bestehe auf jeden Fall nicht. Da der Patient auch nächtliche Beschwerden habe und der Leidensdruck aktuell relativ hoch sei, sei ihm ein zeitlich beschränkter Steroidstoss verordnet worden, beginnend mit Spiricort 40 mg, danach Absenkung auf 20 mg. Als inhalative Dauertherapie sei vorerst Relvar 92/22 rezeptiert worden; Es werde davon ausgegangen, dass mit dieser Therapie eine adäquate Kontrolle möglich sein werde. Weitere Abklärungsuntersuchungen seien nicht geplant.

4.11 Der Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, gelangte in seiner Beurteilung vom 23. Januar 2017 (Suva-Nr. 129) zum Ergebnis, die geltend gemachten pulmonalen Beschwerden (funktionell nachgewiesenes Asthma bronchiale) seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 22. August 2015 resp. auf die als unfallkausal beurteilte Lungenembolie vom 23. September 2015 zurückzuführen. Das intrinsische Asthma sei wahrscheinlich Folge rezidivierender Infekte.

4.12 Im Bericht des Spitals D.____ vom

E. 23

Mai 2017 (Suva-Nr. 151) wird beschrieben, das Kniegelenk zeige sich im Seitenvergleich etwas geschwollen. Die früher mal einschliessenden Schmerzen am Kniegelenk hätten sich gebessert. Die Beweglichkeit liege bei knapp 120-0-0°. Das mediale Seitenband schein stabil, es bestehe aber ein vorderes und hinteres Schubladenzeichen als Zeichen einer

Instabilität des vorderen und hinteren Kreuzbandes. Die Ganzbeinaufnahme im linken Knie sowie die Röntgenaufnahmen des linken Knie vom 7. April 2017 (vgl. Suva-Nr. 154) ergäben patellare Unregelmässigkeiten als Ausdruck einer Gonarthrose und Femoropatellararthrose beidseitig, diskrete mediale Gelenkspaltverschmälerung, leichte Rarifizierung der Knochenstruktur linksseitig. Zeichen einer beginnenden Gonarthrose, allerdings beidseits. In der Beurteilung wird beschrieben, beim Beschwerdeführer bestehe sicherlich nach wie vor eine funktionelle Instabilität im linken Kniegelenk. Es sei durch die Ruptur des vorderen und hinteren Kreuzbandes gut erklärbar. Es bestünden aber auch schon Zeichen einer Gonarthrose. Eine Bandrekonstruktion sei sicherlich nicht mehr zielführend. Sollten die Beschwerden bleiben, wäre auf Dauer eine Endoprothesenimplantation notwendig, momentan möchte der Patient dies aber auch nicht machen lassen, da die Beschwerden diesbezüglich noch nicht stark genug seien. Es werde deshalb das Tragen einer etwas stabileren Orthese empfohlen. Hiermit wäre die Bandinstabilität nochmalig besser zu kompensieren.

4.13 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. L.____, Leitende Ärztin, Spital M.____, vom 15. Dezember 2017 (Suva-Nr. 171) berichtete der Beschwerdeführer, er habe seit ca. einem Jahr zunehmend belastungsabhängige Schmerzen in seinem rechten Fuss. Intermittierend seien diese derartig stark, dass er kaum in der Wohnung herumgehen könne, trotz Verwendung der Stöcke. Im Befund zeige sich bds. ein leichter physiologischer Rückfussvalgus, eher flaches fleischiges Fussgewölbe. Fusspulse kräftig. Bds. Kraft für Sehnen erhalten, alle Sehnen erhalten, alle Sehnen seien gut palpierbar ausser bds. Tib. post. etwas teigig, aber indolent und mit guter Kraft. Heute keine Schwellung, keine Rötung und wenig Druckdolenz bei aktuell Beschwerdearmut, es finde sich eine Druckdolenz über der angenommenen Position des lateralen Naviculare. Die OSG Beweglichkeit sei rechts etwas geringer als links, die USG Beweglichkeit sei seitengleich normal und vor allem schmerzfrei. In der Bildgebung der Füsse bds. dp/lat stehend vom 11. Dezember 2017 sei ein aufgehobener Gelenkspalt dorsal im Talonaviculargelenk rechts sichtbar, ebenso rechts auch ausgeprägte Veränderungen in den naviculo-cuneiformen Gelenken lateralbetont. Der Befund sei links deutlich weniger ausgeprägt. Das Fussgewölbe sei radiologisch eher überhöht.

4.14 Am 22. März 2018 fand eine MRT-Untersuchung des rechten Kniegelenks im Institut für Radiologie in der Klinik N.____ statt. Dr. med. O.____, Facharzt für Radiologie, berichtete, es bestehe kein Anhalt für ein Knochenmarksödem oder einen Bonebruise. Allerdings zeige sich subchondral eine Signalsteigerung im Bereich der vorderen Femurrolle, dies sei in erster Linie chronisch bedingt, ähnlich einer subchondralen Stressreaktion bei hier wohl vermindertem Knorpelbelag und einem tuberculum intercondylare tertium der Gegenseite. Insgesamt altersentsprechende Darstellung des Knorpelbelags femorotibial, allerdings retropatellär einzelne Inhomogenitäten im Sinne einer Chondropathie Grad II (bis III). Es bestehe eine komplexe Schädigung des medialen Meniskushinterhornes mit einem schrägverlaufenden Riss bis zur Unterfläche in die Pars intermedia einstrahlend. Das vordere Kreuzband sei intakt. Lediglich im Ansatzbereich der Eminentia intercondylaris gebe es eine Ausbildung eines Tuberculum intercondylare tertium und einer Ansatzentendinose. Das hintere Kreuzband sowie das mediale Kollateralband seien intakt. Das laterale Kollateralband zeige vereinzelt ein Umgebungsödem. Ebenso im Bereich des Retinaculum patellae laterale gebe es eine leichte Umgebungsreaktion. Ligamentum patellae und Quadrizepssehne seien intakt. Es bestehe in

den Gelenkräumen und Weichteilen eine relativ geringe Gelenkergussbildung. Vereinzelt Weichteilödem. Der Hoffa'scher Fettkörper sei intakt. In seiner Beurteilung hält Dr. med. O.____ fest, der Hauptbefund finde sich als eine komplexe Schädigung des medialen Meniskushinterhornes bis in die Pars intermedia einstrahlend (Suva-Nr. 165).

4.15 Im Sprechstundenbericht vom 23. März 2018 (Suva-Nr. 172) führt Dr. med. L.____ aus, der rechte Fuss sei im Seitenvergleich etwas überwärmt, keine andere Trophikstörung. Vibrationssinn am rechten Handgelenk 8/8, über dem medialen Malleolus rechts 4/8, links 4 - 5/8. Als neuer Befund hinzugetreten sei ein pathologischer Vibrationssinn mit entsprechendem Hinweis auf eine Polyneuropathie, welche die brennenden Fusschmerzen leider sehr gut erkläre. Die Beschwerden diesbezüglich stünden aber im Moment nicht im Vordergrund, so dass noch keine Abklärung sofort initiiert werde, es eine solche aber bei einer allfälligen operativen Therapie sicherlich vorgängig bräuchte. Eine ausgeprägte neuropathische Osteoarthropathie scheine im Moment nicht vorzuliegen, dies sei aber im Auge zu behalten. Zur weiterführenden Abklärung werde nun eine Spect CT durchgeführt.

Die Spect CT vom 23. März 2018 habe eine deutliche Anreicherung in der Übersicht im rechten Fuss ergeben. Weniger in beiden Kniescheiben und am Schienbein links, wohl als Zeichen des asymmetrischen Belastens bei asymmetrischem Stockgebrauch. In den Überlagerungsbildern starke Anreicherung im lateralen Naviculare rechts. Keine Anreicherung im linken Naviculare. Die Nekrose des lateralen Naviculare sei aktiv im Spect, man dürfe hier davon ausgehen, dass dies die Schmerzursache sei. Bei spontaner Knochennekrose sei eine Besserung im Verlauf möglich, zu welchem Zeitpunkt dies eintrete, könne man leider nicht voraussagen, ebenso sei es möglich, dass die Schmerzen persistierten. Im Moment sei kein Statikproblem ersichtlich, auch wenn dies im Langzeitverlauf auftreten könne. Es gebe keinen Grund, eine Operation zum jetzigen Zeitpunkt zu erzwingen, es dürfe sich aber ein operatives Vorgehen zur Schmerzbehandlung anbieten mit talonavicularer und talocuneiformer Arthrodesierung mit danach nötiger viermonatiger Gipsbehandlung und zumindest zu Beginn vollständiger Entlastung, wobei allerdings von einer erhöhten Pseudarthroserate auszugehen sei bei Knochennekrose. Dies bedeute, der Patient müsste ein voll belastbares linkes Knie haben. Im Weiteren sei die mögliche Polyneuropathie unbedingt präoperativ abzuklären, da dies die Ruhigstellungszeit deutlich beeinflusse (Suva-Nr. 173).

4.16 Im Sprechstundenbericht des Spitals M.____ vom 29. Mai 2018 (Suva-Nr. 164) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Hauptdiagnosen:

- DD Müller Weiss Syndrom möglich, links szintigrafisch ruhig
- stabilisierende Operation offenbar nicht durchgeführt wegen Lungenembolie anamnestisch
- St. n. dorso-medialer Kniegelenksluxation links 22.08.2015 mit Ruptur mediales Kollateralband und beide Kreuzbänder.
- St. n. Fixateur externe Anlage im Spital Langenthal
- Verdacht auf überlastungsbedingte Knieschmerzen rechts

Nebendiagnosen:

- MRI Abklärung DD A. vaskularis

Der Beschwerdeführer gehe regelmässig in die Physiotherapie und habe erstmals den Lichtblick, dass das linke Knie auch mal ein paar Tage lang nicht geschmerzt habe. Dafür habe er Beschwerden auf der rechten Seite, hier habe er bei Dr. med. P.____ einen Infiltrationstermin. Bei den Füessen sei unverändert der rechte Fuss schlimmer als links. Die Beschwerden seien aktuell erträglich. Er trage den Xeleroschuh, damit habe er beim Laufen deutlich weniger Beschwerden an den Füessen. Es sei seit der letzten Konsultation und Besprechung des Spect CTs der Füesse am 29. März 2018 nicht zu einer Schmerzzunahme gekommen. Es sei damals bereits die Option einer talonavicularen und talocuneiformer Arthrodesierung besprochen worden. Der Patient möchte im Moment aber strikt keine Operation, da er die erforderliche postoperative Ruhigstellung nicht durchhalten würde. Er sei ein aktiver Mensch und leide darunter, dass er sich nicht mehr bewegen könne. Im Moment mache er leichte Fortschritte und möchte dies nicht durch eine operationsbedingte Ruhigstellung wieder verlieren. Im Befund gebe es am linken Fuss keine Rötung oder Überwärmung. Druckempfindlichkeit auf Höhe Os naviculare sowie von plantar über distalem Metatarsale I. Unauffällige plantare Beschwiellung, unauffälliges Fussgewölbe. Fusspulse palpabel.

4.17 Die Infiltration von 40 mg Kenacort und 8 ml Mepivacain 1 % intraartikulär erfolgte gemäss Infiltrationsbericht vom 29. Mai 2018 (Suva-Nr. 166) von Dr. med. P.____, Leitender Arzt, Spital M.____, mühelos und ohne Komplikationen.

4.18 Nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. Juni 2018 stellte Dr. med. I.____ die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 175):

- Belastungsabhängige Beschwerden Kniegelenk links mit Verdacht auf Schmerzchronifizierung und Symptomausweitung bei
- St. p. dorsomedialer Kniegelenksluxation links 22.08.2015 mit Ruptur des medialen Kollateralbandes und Ruptur des hinteren Kreuzbandes
- St. p. Fixateur externe Anlage, Spital Langenthal

Nicht unfallbedingt:

- Belastungsabhängige Knieschmerzen rechts.
- Aktivierte Mittelfussarthrose perinavicular rechts bei lateraler Naviculare Nekrose.
- Klinisch Verdacht auf Polyneuropathie (in Abklärung).
- St. p. PIP Luxation Dig. IV, Hand rechts am 22.08.2015.
- St. p. Lungenembolie bei TVT links am 29.03.2015 (recte: 23.09.2015).
- Rezidivierender Schwindel unklarer Ätiologie.
- Asthma bronchiale vom intrinsischen Typ.

Zusammenfassend führte der Kreisarzt aus, trotz mehrjähriger Physiotherapie und berichtetem täglichem Training zuhause werde eine Instabilität des linken Kniegelenks geklagt. Bei stabilem vorderem Kreuzband sei die Instabilität nicht nachvollziehbar und beruhe teils wohl auch auf der Fehldiagnose einer vorderen und hinteren Kreuzbandruptur. Die Verwendung einer Krücke sei nicht indiziert, wobei angegeben werde, dass diese zuhause auch nicht verwendet werde. Im MRI vom 22. März 2018 (vgl. Suva-Nr. 165) zeigten sich eine aktivierte Arthrose im medialen Femurcondyl und multiple Rissbildungen

des medialen Meniskus im Hinterhornbereich. Die nicht korrekte MRI-Diagnose einer Ruptur des vorderen und hinteren Kreuzbandes sei undifferenziert in allen folgenden Berichten des Spitals D.____ übernommen worden, obwohl am 16. April 2016 ein neuerliches MRI veranlasst worden sei (vgl. Suva-Nr. 87), in welchem die (ebenfalls nicht korrekte) Diagnose eines intakten vorderen und hinteren Kreuzbandes gestellt worden sei. Die Diskrepanz in den Befunden sei offenbar nicht beachtet worden, die MRI-Bilder seien nicht durchgesehen worden. Eine Restbeschwerdesymptomatik bei starker Belastung wäre aufgrund der erlittenen Verletzung und vorliegenden Befunden plausibel, nicht jedoch das demonstrierte und geklagte Ausmass. Auch die nunmehr angegebenen, zunehmenden Beschwerden im rechten Fuss, mehr als im linken Fuss, dem rechten Kniegelenk und auch Rücken deuteten auf eine Symptomausweitung hin. Diese Beschwerden seien nicht Folge der vor drei Jahren erlittenen Kniegelenksverletzung. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation sei aktuell von weiteren medizinischen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung zu erwarten, insbesondere nicht im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit sollte unter folgenden Voraussetzungen eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein: Keine Tätigkeiten in unebenem Gelände, keine knienden und/oder kauernenden Tätigkeiten, keine Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, keine Tätigkeiten mit häufigem Treppensteigen insbesondere unter Gewichtsbelastung. In sitzender Tätigkeit sollte die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beins gegeben sein.

6. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage, ob der Beschwerdeführer die attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann.

6.1 Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Entscheid die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, er befinde sich im fortgeschrittenen Lebensalter und kombiniert mit seinen körperlichen Defiziten sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer faktischen Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen.

6.2 Für die Invaliditätsbemessung ist nach der Rechtsprechung von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Dies gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden

Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

6.3 Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ist gekennzeichnet durch unfallbedingte Einschränkungen in der Beweglichkeit und Schmerzen im linken Knie, was die weitere Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Maschinenbediener ausschliesst. Diese Beeinträchtigungen haben zur Folge, dass der Beschwerdeführer keine Arbeiten in unebenem Gelände, kniend oder kauern, auf Leitern und Gerüsten, mit häufigem Treppensteigen insbesondere unter Gewichtsbelastung ausüben kann. In sitzender Tätigkeit sollte die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beins gegeben sein. Pensenmässig besteht keine Einschränkung. Im Fall des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, die ihm unter Berücksichtigung der vorerwähnten Einschränkungen noch zuzumutenden Tätigkeiten seien nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. Auch der Umstand, dass dem Beschwerdeführer in sitzender Tätigkeit die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beines gewährt werden sollte, ändert entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nichts daran. So ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, als dass allein deshalb von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt durchaus Arbeitsplätze, welche dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, so beispielsweise ■ wie von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 15. April 2020 sowie in der Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2020 genannt ■ im Bereich der Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten oder in der Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer in verschiedenen Berufszweigen gearbeitet hat und somit über ein breites Erfahrungsspektrum verfügt, was den Wiedereinstieg immerhin begünstigen. Die bestehenden Einschränkungen hindern den Beschwerdeführer nicht in der Weise, dass das Finden einer entsprechenden Stelle von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden müsste, zumal der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2 und 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11, je mit Hinweisen). Das Alter des 1957 geborenen Beschwerdeführers (vgl. zum in der Invalidenversicherung massgebenden Zeitpunkt BGE 138 V 457) ändert an der Beurteilung nichts, denn im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung hat sich keine Rechtsprechung etabliert, wonach die Unverwertbarkeit einer verbleibenden medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit wegen des fortgeschrittenen Alters zu berücksichtigen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_313/2018 vom 10. August 2018 E. 6.6; vgl. auch Art. 28 Abs. 4 UVV).

6.4 Zusammenfassend kann nicht von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht davon ausgegangen, die verbleibende Arbeitsfähigkeit lasse sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Rahmen einer vollzeitlichen Anstellung verwerten.

7. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich.

7.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. Januar 2020, massgebend (BGE 128 V 174, 129 V 222). Gemäss Kreisarzt Dr. med. I. ___ besteht in einer angepassten Verweistätigkeit eine

Arbeitsfähigkeit von 100 %.

7.2 Das Valideneinkommen von CHF 86'931.00 (inkl. Zulagen) stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Suva-Nr. 191). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

7.3

7.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 15. April 2020 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2016. Gemäss LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer auf CHF 5'340.00. Der Nominallohnindex betrug 2016 für das Total aller Wirtschaftszweige für Männer 100.6 Punkte (Basis 2015 = 100), 2017 101.0 Punkte und 2018 101.5 Punkte (T1.1.15). Die im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides aktuelle Quartalsschätzung für die Entwicklung per 2019 betrug 0.5 % (vgl. Suva-Nr. 193). Die der LSE für 2016 entnommene Zahl ist an diese Veränderungen anzupassen. Der standardisierte Monatslohn basiert auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit aufzurechnen. Im Total aller Wirtschaftszweige betrug diese von 2011 bis 2018 durchgehend 41.7 Stunden. Der Wert für 2019 war noch nicht bekannt. Somit ist es gerechtfertigt, auch für 2019 von 41.7 Stunden auszugehen (vgl. auch BGE 143 V 295 E. 2.3 mit Hinweisen).

Dies ergibt nach Aufrechnung des Nominallohnindex und der branchenüblichen Wochenarbeitsstunden (unter Vorbehalt eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 7.3.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 67'743.00.

7.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid keinen Abzug vorgenommen (vgl. A.S. 6 ff.). Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, das berechnete

Invalideneinkommen sei aufgrund seines fortgeschrittenen Alters kombiniert mit seinen körperlichen Defiziten mit einem Leidensabzug von mindestens 15 % zu belegen.

Der Kreisarzt Dr. med. I. ___ formuliert in seinem Bericht vom 27. Juni 2018 (Suva-Nr. 175) ein Tätigkeitsprofil. Danach sei beim Beschwerdeführer in einer angepassten, wechselbelastenden körperlich leichten bis mittelschweren, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten in unebenem Gelände, kniende und/oder kauernde Tätigkeiten, Tätigkeiten auf Leitern und/oder Gerüsten, Tätigkeiten mit häufigem Treppensteigen insbesondere unter Gewichtbelastung. Des Weiteren soll in sitzender Tätigkeit die Möglichkeit der freien Positionierung des linken Beins gegeben sein. Diese Einschränkungen sind nicht derart, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Ebenso bildet der Umstand, dass eine versicherte Person nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Des Weiteren verfügt der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung (vgl. Suva-Nr. 46), was unter dem Aspekt des Aufenthaltsstatus im Vergleich mit dem Totalwert ebenfalls keine Lohneinbusse erwarten lässt. Ebenso gebietet das Alter des Beschwerdeführers keinen Abzug. Dieses wirkt sich rechtsprechungsgemäss auf Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1, dessen Anwendbarkeit hier unbestritten ist, nicht zwingend lohnsenkend aus. Hilfsarbeiten werden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nämlich altersunabhängig nachgefragt. Besondere Umstände, welche einen altersbedingten Abzug beim Invalideneinkommen rechtfertigen könnten, sind im vorliegenden Fall nicht ersichtlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_284/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2.3). So wäre das Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur soweit zu berücksichtigen, als es die Erwerbsaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Dies geht auch aus der Unterteilung der LSE-Tabelle TA17 in drei Kategorien (bis 29 Jahre / 30 bis 49 Jahre / 50 Jahre und älter) mit je steigenden Verdienstmöglichkeiten hervor. Denn wäre statistisch tatsächlich eine Tendenz zu erkennen, dass ■ gesunde ■ Mitarbeiter kurz vor dem Pensionsalter eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssten, so hätte das Bundesamt für Statistik für diese Erscheinung eine weitere Kategorie bilden müssen. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteile des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Zudem kann die Anzahl Dienstjahre bei der Verwendung des Kompetenzniveaus 1 keinen Abzug begründen. Schliesslich entfällt auch der Teilzeitaspekt, da der Beschwerdeführer gemäss Beurteilung des Kreisarztes vollzeitlich erwerbstätig sein kann. Insgesamt ist somit ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt.

7.3.3 Das Invalideneinkommen entspricht somit dem aus der LSE abgeleiteten Betrag von CHF 67'743.00.

7.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 86'931.00) und Invalideneinkommen (CHF 67'743.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 22 %. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Januar 2020 Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe.

8. Nach dem Gesagten ist der vorliegend angefochtene Einspracheentscheid vom 15. April 2020, worin dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente mit einem Invaliditätsgrad von 22 % ab 1. Januar 2020 zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

9.

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiervor).

9.3 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 14. Oktober 2020 (A.S. 59) weist insgesamt einen Zeitaufwand von 10.67 Stunden sowie Auslagen von total CHF 91.00 aus. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung antragsgemäss auf CHF 2'165.80 festzusetzen (10.67 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Stefan Galligani, [...] wird auf CHF 2'165.80 (inkl. Auslagen und MwSt.) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

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