

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00228

vom 27. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00228 du 27 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00228 del 27 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, war seit August 2018 in seiner Firma Y.____

GmbH als Geschäftsführer und Reinigungsmitarbeiter tätig (vgl. Urk. 11/50 S. 2) und damit bei der Suva versichert, als er sich am 29. September 2018 bei einem Sturz von einer Leiter Verletzungen des linken Knies und des rechten Unterarms zuzog (Urk. 11/1).

Nach getätigten Abklärungen stellte die Suva die

bis anhin erbrachten Leistungen mit Schreiben vom 17. Juni 2022 per 30. September 2022 ein (Urk. 11/280) und verneinte mit Verfügung vom 2. August 2022 einen Rentenanspruch und einen solchen auf Integritätsentschädigung (Urk. 11/295). Die vom Versicherten am 14. September 2022 (Urk. 11/302), ergänzt am 4. Oktober 2022 (Urk. 11/306) erhobene Einsprache hiess die Suva am 4. November 2022 teilweise gut, indem sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 20 % zusprach (Urk. 11/318 / 2-16 = Urk. 2/2).

E. 1.1

UV170040 Gegenstand der Unfallversicherung, Leistungsübersicht 05.2021 Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

UV170600 Fallabschluss, Ende Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen, Beginn des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung 09.2022 Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3 und 8C_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen).

E. 1.3

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 11.2022 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

E. 1.4

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 01.2021 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf

mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2/2) da von aus, gestützt auf die vollumfänglich nachvollziehbare Beurteilung ihres Kreisarztes med. pract. Z. ____

sei über den 30. Juni 2022 hinaus von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung überwiegend wahrscheinlich keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Obwohl die Schmerzen unfallkausal seien, könnten mit sämtlichen zur Verfügung stehenden Mitteln keine Verbesserung mehr erreicht werden. Eine kausale Therapie der Gonarthrose (Implantation einer Prothese) könne gemäss Universitätsklinik A. ____

ebenfalls nicht erfolgen, da der Beschwerdeführer dafür zu jung sei.

Unfallbedingt sei ein Einsatz des Beschwerdeführers gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil ganz tags und uneingeschränkt möglich (S. 9). Für die Ermittlung des Invalideneinkommens könnten Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) beigezogen werden, womit für das Jahr 2022 gestützt auf die LSE 2020

ein Jahreseinkommen von Fr.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er leide nach wie vor an starken Schmerzen. Seit dem Unfall seien bereits drei Operationen durchgeführt worden, wobei unter anderem ein Nerv eingeschlafen sei und mehrere Schmerzinfiltrationen durchgeführt worden seien. Bisher sei keine Besserung in Sicht, dennoch versuche er mit Therapien die Beschwerden weiterhin zu behandeln. Es zeige sich deutlich ein ausgeprägtes neuropathisches Schmerzsyndrom, weshalb eine Schmerztherapie eingeleitet worden sei. Diese Therapie sei noch nicht beendet, weshalb auch nicht davon ausgegangen werden könne, dass keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei. Die medizinische Behandlung sei zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen und der medizinische Endzustand nicht erreicht. Die Differentialdiagnose im Hinblick auf die neuropathische Komponente sei nach wie vor ausstehend (S. 4). Mit der Invaliditätsbemessung sei er nicht einverstanden. Gestützt auf die zu diesem Zeitpunkt anwendbaren Tabellenlöhne LSE 2018 ergebe sich einen Monatslohn von Fr. 4'756.--. Nach der gleichen Berechnungsmethode wie die Suva bereits in der Verfügung angewendet habe, ergebe dies eine unfallbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 8'951.-- und somit einen IV-Grad von 13%. Aus diesem Grund sei die Rentenverfügung erneut zu überprüfen und entsprechend anzupassen (S. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist das Vorliegen des medizinischen Endzustandes und damit die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 30. September 2022 sowie der Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Zusprache einer Integritätsentschädigung von 20 % wurde vom Beschwerdeführer nicht gerügt (vgl. Urk. 1) . 3. 3.1

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 7. Dezember 2018 (Urk. 11/18) und nannten folgende Diagnosen (S. 1) : - mediale Meniskushinterhornläsion Knie links nach Distorsionstrauma am 29. September 2018 - vordere chronische Kreuzbandruptur rechts bei - vordere Kreuzband (VKB)-Partialruptur bei Status nach Distorsions trauma Knie rechts am 1. Juli 2006 - Status nach Teilmeniskektomie medial rechts am 13. Februar 2008 - Status nach erneuter Knie distorsion am 6. Februar 2009

Sie führten aus,

das MRI vom linken Knie vom 6. Dezember 2018 zeige eine mittelschwere mediale Femorotibialarthrose sowie eine geringe Femoropatellar arthrose . Es sei ein kleiner Gelenkerguss und ein von der Bakerzyste ausgehendes multilobuliertes Gangliensystem zu sehen (vgl. hierzu auch Urk. 11/21) . Aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers sollte eine Meniskusnaht angestrebt werden. Sollte dies nicht möglich sein, wäre eine Teilmeniskektomie indiziert. Da die Rissbildung im MRI als allenfalls reparabel erscheine, werde dem Beschwerdeführer zur Meniskusnaht geraten (S. 2) . 3.2

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 17. Dezember 2018 (Urk. 11/22) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers sowie die am 14. Dezember 2018 durchgeführte Kniearthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie am Hinterhorn des linken Knies. Sie führten aus, es bestehe ein komplikationsloser postoperativer Verlauf mit stets schmerzkompenziertem Beschwerdeführer. Der Beschwerdeführer werde in subjektivem Wohlbefinden mit intakter Sensomotorik im Operationsgebiet und reizlosen Wundverhältnissen entlassen. 3.3

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 16. Mai 2019 (Urk. 11/ 53) und nannten als Diagnosen eine beginnende medialbetonte Gonarthrose links bei Status nach Kniearthroskopie, medialer Teilmeniskektomie am Hinterhorn des linken Knies am 14. Dezember 2018 bei Meniskushinterhornläsion nach Distorsionstrauma am 29. September 2018 sowie eine vordere chronische Kreuzbandruptur rechts. Sie führten aus, die geplante therapeutische Kniegelenksinfiltration links sei noch nicht erfolgt. Die valgisierende

Unloader -Schiene sei vom Beschwerdeführer nicht gut vertragen worden. Die Physiotherapie sei durchgeführt und die Beinachse zunehmend stabilisiert worden, was bereits zu einer deutlichen Beschwerdebesserung geführt habe (S. 1) . Es bestünden weiterhin Symptome der bekannten Degeneration des medialen Kompartiments bei meniskopriver Situation. Es werde vorerst die besprochene therapeutische Infiltration durch geführt, gefolgt von Physiotherapie (S. 2) . 3.4

Die Ärzte der Rehaklinik B.____

berichteten am 12. Mai 2020 (Urk. 11/118) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 10. März bis 5. Mai 2020 (mit Behandlungsunterbruch vom 13. bis 27. März 2020) und führten aus, beim Aus tritt bestünden belastungsabhängige Schmerzen am linken Knie, eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Kniegelenks, eine reduzierte Gehstrecke sowie eine psychosoziale Belastungssituation mit unklarer beruflicher Zukunft (S. 1). Es

werde die ambulante physiotherapeutisch begleitete medizinische Trainings therapie sowie die Fortsetzung des instruierten Heimprogramms empfohlen. Die Ziele seien der Erhalt und längerfristig eine sukzessive weitere Verbesserung all tags - und berufsspezifischer Kraft- und Ausdauerkomponenten, der Gelenkfunktion, der Muskelfunktion und weitere Schmerzlinderung (S. 2) . Im MRI vom Knie links vom 10. März 2020 zeige sich eine progrediente femorotibiale Arthrose (medial betont) sowie eine schwere Schädigung des Innenmeniskus mit komplettem Riss. Im Rahmen der Konsultation an der Universitätsklinik A.____ am 10. März 2020 sei eine operative Sanierung der im MRI gesehenen medialen Meniskusläsion in der Gesamtschau als wenig erfolgversprechend gesehen worden (S. 2 f.) . Bei fortschreitender Arthrose bestünde schlussendlich die Möglichkeit einer Implantation einer Knieprothese , wobei die Indikation in Anbetracht des Alters des Beschwerdeführers möglichst spät gestellt werden sollte. Das Ausmass der Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht erklären (S. 3).

Die berufliche Tätigkeit in der Reinigung sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, da es sich um eine kniebelastende Tätigkeit handle. Ihm sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne kniebelastende Tätigkeiten , ohne häufige Zwangshaltung für die Knie, ohne häufiges Knien, Arbeiten in Hockstellung oder Kniechen, kein häufiges Treppen- oder Leitersteigen ganztags zumutbar. Diese Zumutbarkeit gelte, sofern sich bei der nächsten Kontrolle keine neuen Erkenntnisse ergäben (S. 2) .

3.5

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 16. Juni 2020 (Urk. 11/123) über die klinische Verlaufskontrolle und führten aus, leider sei es beim Beschwerdeführer trotz erfolgreicher Gewichtsabnahme und erfolgter konservativer Therapie zu keiner Beschwerdeverbesserung gekommen. Zurzeit seien weiterhin die linksseitigen Kniebeschwerden führend, jedoch auch zunehmende rechtsseitige, medialbetonte Gelenkbeschwerden. Hinsichtlich des linken Knies seien bildmorphologisch Chondropathien sowie osteophytäre Anbauten medial betont, jedoch in allen Gelenkkompartimenten ersichtlich. Eine mögliche endoprothetische Versorgung sei bei diesem jungen Patienten , wenn irgendwie möglich und im Rahmen des Leidensdruckes vertretbar, hinauszuzögern. Entsprechend sei momentan aufgrund eingeschränkter operativer Möglichkeiten ein abwartendes Verhalten vorgeschlagen worden.

3.6

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 6. Oktober 2020 (Urk. 11/151) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 2. bis 5. Oktober 2020 sowie die durchgeführte laterale closing-wedge

Valgisationsosteotomie am distalen Femur links sowie die mediale open-wedge

Valgisationsosteotomie am Tibiakopf links. Sie führten aus, es bestehe ein komplikationsloser postoperativer Verlauf mit stets schmerzkompenziertem Beschwerdeführer. 3.7

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 15. Februar 2021 (Urk. 11/177) und führten aus, der Beschwerdeführer berichte über eine grundsätzliche Besserung seit der letztmaligen Konsultation. Eine Stockentwöhnung habe vollständig seit etwas mehr als

zwei Wochen erfolgen können. Eine regel mässige Physiotherapie werde durchgeführt, diese würde die Beschwerden lindern. Die präoperativ bestehenden Schmerzen seien deutlich im Hintergru n d. Es sei nun ein neuer Schmerz vorhanden, welcher den Alltag deutlich tangiere. Dies sei einerseits über der proximalen medialen Tibia der Fall und andererseits lateral am distalen Oberschenkel. Das Osteosynthesematerial sei am distalen Femur deutlich palpabel und auf Druck empfindlich. Des Weiteren sei das Osteosynthesematerial an der proximalen Tibia sehr gut abgrenzbar mit ebenfalls deutlicher Druckdolenz, hier bestehe im kranialen Narbenabschnitt ein zusätzliches Tinelphänomen mit Hypästhesie im Bereich des Innervationsgebietes des Ramus infrapatellaris. Eine Osteosynthesematerialentfernung werde in diesem Fall fix geplant, allerdings sollte hiermit bis mindestens zwölf Monate zugewartet werden, um nicht einen Korrekturverlust zu riskieren. 3.8

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 22. April 2021 (Urk. 11/197) über die Schmerztherapie und nannten als Diagnose Schmerzen im linken Knie mit/bei gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen, neuropathischem Schmerzanteil durch operative Verletzung des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus links wie auch eines Endastes des Nervus

cutaneus

femoris anterior links. Eine weitere Affektion kleiner Endäste des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis links könne nicht ausgeschlossen werden. Es bestünden ein deutlich störendes Osteosynthesematerial femoral wie auch tibial, eine Irritation des Tractus iliotibialis sowie eine medialbetonte Gonarthrose links bei 8° Varusbeinachse.

Sie führten aus, der Beschwerdeführer verspüre aktuell mehr brennende Schmerzen lateral am Knie und weniger medial. Am Knie medial würden die Schmerzen aktuell nur durch Berührung und Druck ausgelöst. Es sei eine ultraschallkontrollierte diagnostische Blockade des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis links durchgeführt worden.

3.9

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 3. Juni 2021 (Urk. 11/207) über die klinische Verlaufskontrolle acht Monate postoperativ und führten aus, es bestünden unveränderte stechende Schmerzen im Bereich des

lateralen distalen Femur sowie im Bereich der proximalen medialen Tibia über dem Osteosynthesematerial. Zudem berichte der Beschwerdeführer über eine ausgeprägte Hyperästhesie ebendort. Die Beschwerden hätten sich im Vergleich zur letzten Konsultation nicht verändert. Klinisch zeige sich ein ausgeprägtes neuropathisches Schmerzsyndrom am ehesten im Rahmen der Nervenschädigung des Nervus

femoralis

cutaneus anterior sowie des Ramus infrapatellaris und des Nervus saphenus. Es werde mit dem Beschwerdeführer ausführlich die Wiederaufnahme der kürzlich durch ihn sistierten Schmerztherapie besprochen, da diese im Moment am meisten Aussicht auf eine Beschwerdelinderung bringe. Bei Konsolidation könnte zwölf Monate postoperativ eine Osteosynthesematerialentfernung geplant werden. 3.10

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 29. Oktober 2021 (Urk. 11/223) über die am 27. Oktober 2021 durchgeführte komplette Osteosynthesematerialentfernung am distalen lateralen Femur und der proximalen medialen Tibia links. Sie führten aus, es bestehe ein komplikationsloser postoperativer Verlauf mit einem stets schmerz kompensierten Beschwerdeführer. 3.11

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 13. Januar 2022 (Urk. 11/252) und nannten als Diagnose einen Verdacht auf eine ossäre Überlastungsreaktion mit akuter Schmerzexazerbation bei Status nach kompletter Osteosynthesematerialentfernung distales Femur und proximale mediale Tibia links am 27. Oktober 2021. Sie führten aus, es bestehe eine Regredienz der lateralen Knieschmerzen links. Es bestünden jedoch weiterhin Schmerzen und Berührungsempfindlichkeit infrapatellär und am medialen proximalen Unterschenkel links. Zudem werde über eine Schwellneigung und immer noch eingeschränkte Beweglichkeit des linken Knies berichtet. Das MRI des linken Knies vom 11. Januar 2022 zeige eine medial betonte Gonarthrose mit progredienten Knorpeldefekten femorotibial medial und femoropatellär sowie wenig Reizzustand. Es bestehe ein stationärer schräg-vertikaler Riss im medialen Meniskushinterhorn. Es zeigten sich

zeitliche Hinweise auf eine Arthrofibrose vor allem auf Höhe des suprapatellären Rezessus. Es bestehe keine Fraktur (vgl. hierzu auch Urk. 11/254/4-5). Es zeige sich insgesamt eine verbesserte Situation mit Regredienz der lateralen Knieschmerzen links. Eine Insuffizienzfraktur habe mittels MRI des linken Knies ausgeschlossen werden können. Es werde mit dem Beschwerdeführer die Weiterführung der Physiotherapie zum Belastungsaufbau und zur Kräftigung der knieumfassenden Muskulatur besprochen. 3.12

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 21. April 2022 (Urk. 11/267) und führten aus, der Beschwerdeführer berichte über unveränderte Knieschmerzen links. Die Beschwerden würden aktuell diffus am linken Kniegelenk angegeben. Zudem werde eine persistierende Berührungsempfindlichkeit am linken Knie sowie an der linken anterioren Tibia beschrieben. Es zeigten sich persistierende Knieschmerzen links im Rahmen einer medial betonten Gonarthrose mit Knorpelschäden femorotibial, medial und femoropatellär. Zudem bestehe eine neuropathische Komponente. Die Physiotherapie habe leider zu einer Schmerzexazerbation geführt. Aus diesem Grund soll die Physiotherapie nun sistiert werden. 3.13

Med. pract. Z.____, Facharzt für Chirurgie, Suva-Kreisarzt, berichtete am 13. Juni 2022 über die am 10. Juni 2022 durchgeführte ärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 11/278) und führte aus, dies er habe seit der Operation zur Materialentfernung mehr Schmerzen als vorher. Es sei also insgesamt leider nicht besser geworden. Unterhalb des linken Knies bestünden nach wie vor deutliche Sensibilitätsstörungen. Das Bein sei im Unterschenkelbereich ventral wie taub, schmerze aber gleichzeitig. Manchmal sei das Knie auch geschwollen. Die Schmerz-/Infiltrationstherapie habe eigentlich nicht wirklich etwas gebracht. Die Salbentherapie habe aber zu einem gewissen Erfolg geführt. Dank der

Salbentherapie müsse er nun weniger orale Medikamente einnehmen. Die Schmerzen und allfällige Knieschwellungen seien eindeutig belastungsassoziiert. Der Zustand sei seit Monaten nun immer gleich (S. 10). Im Moment würden keine Therapien mehr durchgeführt (S. 11).

Beim Beschwerdeführer sei es mit der Beweiskraft der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu einem Endzustand gekommen. Die Schmerzen seien genau lokalisiert angegeben worden, der Beschwerdeführer sei nicht ablenkbar, zusammen auch mit der deutlichen Atrophie im Oberschenkel und weniger deutlichen Atrophie im Unterschenkel seien diese Schmerzen als Folge der Operationen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal erklärbar. Der Beschwerdeführer könne seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausführen. Die Belastung an den oberen Extremitäten sei frei. Der Beschwerdeführer könne sämtliche Arbeiten mit den Händen ausführen, auch schwere Arbeiten. Bezüglich der unteren Extremitäten dürfe der Beschwerdeführer keine Arbeiten ausführen, welche Zwangshaltungen, gleich welcher Art, auf das linke Kniegelenk bedingen, dies gelte auch für Schläge und/oder Vibrationen. Arbeiten auf den Knien oder in der Hocke seien nicht zulässig.

Der Beschwerdeführer könne kurze Strecken regelmässig, längere Strecken nur selten und das Gehen auf unebenem Gelände gar nicht durchführen.

Der Beschwerdeführer dürfe nicht auf Leitern steigen und nicht auf Gerüsten oder in sonstigen absturzgefährdeten Arbeiten tätig sein. Er solle eine leichte Arbeit mit einem Wechsel zwischen Sitzen und Stehen durchführen. Bei Einhaltung des genannten Profils könne eine ganztägige Arbeit durchgeführt werden. Die administrativen Tätigkeiten als Geschäftsführer (aktuell 20 %) seien dem Beschwerdeführer seit heute zumutbar. Tätigkeiten als Raumpfleger könne er nicht durchführen (S. 13). 3.14

Die Ärzte der Universitätsklinik A. _____

nahmen am 19. September 2022 (Urk. 11/307) Stellung zu den Fragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers und führten aus, bis zum Zeitpunkt des Unfalls vom September 2018 habe der Beschwerdeführer keine Beschwerden im Bereich des linken Knies aufgewiesen. Insgesamt habe er von der zuletzt durchgeführten Operation profitieren können. Postoperativ habe sich jedoch ein ausgeprägtes neuropathisches Schmerzsyndrom gezeigt, weshalb eine Schmerztherapie eingeleitet worden sei. Leider hätten die diagnostischen Blockaden nicht den gewünschten Effekt erbringen können. Die Schmerzen seien deshalb vorwiegend auf die linksseitige mediale Gonarthrose zurückzuführen. Ein neuropathisches Schmerzmuster habe jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden können. Zur Differenzierung der Schmerzgenese sei aktuell eine weitere Diagnostik ausstehend mit Infiltration und selektiver Blockade. Die medizinische Behandlung sei zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen und bis zur Klärung der bestehenden Diagnose sei der medizinische Endzustand nicht erreicht (S. 1 f.). Die Aussage des Suva-Kreisarztes, wonach der Endzustand erreicht sei, sei nachvollziehbar, vor allem in Hinsicht dessen, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, seit der zweiten Operation mehr Schmerzen zu verspüren als davor. Dennoch sei zum heutigen Zeitpunkt die Differentialdiagnose im Hinblick auf die neuropathische Komponente noch ausstehend. Sollte eine solche Diagnose gestellt werden können, sei diese behandelbar, so dass der Endzustand nicht erreicht sei (S. 2). Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, Arbeiten durchzuführen, welche das linke Kniegelenk belasteten, sprich eine längere stehende und gehende Tätigkeit. Zudem seien kniende Arbeiten sowie Arbeiten in der Hocke nicht möglich. Für eine sitzende Tätigkeit

sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig (S. 2). 3.15

Suva-Kreisarzt med .

pract . Z.____

nahm am 3. November 2022 (Urk. 11/315) Stellung und führte aus, unfallbedingt sei über den 30. Juni 2022 hinaus von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung überwiegend wahrscheinlich nicht noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Obwohl die Schmerzen unfallkausal seien, könnten doch mit sämtlichen zur Verfügung stehenden Mitteln (Schmerzsprechstunden/Infiltrationen etc.) keine Verbesserung mehr erreicht werden. Eine kausale Therapie der Gonarthrose (Implantation einer Prothese) könne gemäss Ärzten der Universitätsklinik A.____ ebenfalls nicht erfolgen, da der Beschwerdeführer dafür zu jung sei. Dem sei unbedingt Folge zu leisten. Es sei somit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von weiteren Therapien keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (S. 4).

Es sei auf das Belastungsprofil vom 10. Juni 2022 zu verweisen. Dies es habe weiterhin vollumfängliche Gültigkeit (S. 5) .

Der Beschwerdeführer habe das Unfallereignis am 3. Oktober 2018 geltend gemacht, am 6. Dezember 2018 sei ein MRI des linken Knies gemacht worden, welches bereits eine mittelschwere mediale Femorotibialarthrose , eine geringe Femoropatellararthrose sowie einen kleinen Gelenkserguss gezeigt habe. Für eine mittelschwere mediale Femorotibialarthrose und insbesondere auch die erwähnte Femoropatellararthrose sei eine Entwicklungszeit von mehreren Jahren notwendig. Diese könnten sich nicht innerhalb von knapp zwei Monaten nach einem Distorsionsereignis entwickeln. Gleichwohl sei der Beschwerdeführer am 14. Dezember 2018 operiert worden (mediale Teilmeniscektomie), sodass von einer richtunggebenden Verschlimmerung auszugehen sei. Im MRI vom 11. Januar 2022 zeige sich immer noch die medial betonte Gonarthrose mit progressiven Knorpeldefekten femorotibial sowie wenig Reizzustand. Obwohl hier mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zweifelsfrei dargelegt werden könne, dass es zu einer Verschlimmerung der schon präoperativ und auch schon vor dem Unfall bestehenden Gonarthrose gekommen sei, sollte doch wissenschaftlich in Erwägung gezogen werden, dass sich eine Gonarthrose überwiegend wahrscheinlich durch eine Teilmeniscektomie verschlimmern könne und überwiegend wahrscheinlich werde. Auch wenn das hier (noch) nicht eingetreten sei, sei somit doch davon auszugehen, dass sich eine mittelschwere in eine schwere Gonarthrose verwandeln werde. Es sei dem Beschwerdeführer daher eine Integritätsentschädigung von 20 % zuzusprechen (vgl. dazu noch Urk. 11/316). 4. 4.1

Zur Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist zunächst zu prüfen, ob der verfügte Fallabschluss zu Recht erfolgte (vorstehend E. 1.2).

Der Beschwerdeführer verunfallte am 29. September 2018 (vgl. Urk. 11/1) und zog sich dabei insbesondere eine mediale Meniskushinterhornläsion am linken Knie zu (vgl. vorstehend E. 3.1). Am 14. Dezember 2018 liess er sich am linken Knie operieren , wobei eine mediale Teilmeniscektomie erfolgte (vgl. vorstehend E. 3.2). Vom 10. März 2020 bis 5. Mai 2020 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik B.____ auf . Bei Klinikaustritt bestanden noch belastungsabhängige Schmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Kniegelenks, eine reduzierte Gehstrecke

sowie eine psychosoziale Belastungssituation aufgrund der unklaren beruflichen Zukunft. Dem Beschwerdeführer wurde eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, dem beschriebenen Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit attestiert (vgl. vorstehend E. 3.4). Im Oktober 2020 wurden eine laterale closing-wedge-Valgisationsosteotomie am distalen Femur links und eine mediale open-wedge-Valgisationsosteotomie am Tibiakopf links vorgenommen (vgl. vorstehend E. 3.6). Wegen erheblich störendem Osteosynthesematerial mit neuropathischen Schmerzen erfolgte im Oktober 2021 eine komplette Osteosynthesematerialentfernung (vgl. vorstehend E. 3.10). Bei Verdacht auf eine ossäre Überlastungsreaktion im Januar 2022 konnte mittels MRI eine Insuffizienzfraktur ausgeschlossen werden (vgl. vorstehend E. 3.11). Im weiteren Verlauf zeigten sich persistierende Knie schmerzen links im Rahmen der medial betonten Gonarthrose mit Knorpelschäden femorotibial, medial und femoropatellär sowie eine neuropathische Komponente (vgl. vorstehend E. 3.11 - 3.12). Suva-Kreisarzt med. pract. Z.____

beurteilte im Juni 2022 sodann, dass der medizinische Endzustand erreicht sei. Die angegebenen Schmerzen seien als Folge der Operationen überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (vgl. vorstehend E. 3.13), von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei jedoch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (vgl. vorstehend E. 3.15).

Die Frage nach einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands beantwortet sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 1.2).

Der Fallabschluss bedingt andererseits nicht, dass jegliche unfallbedingte ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist

(vgl. vorstehend E. 1.2

sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.2.2). 4.2

Den medizinischen Akten kann entnommen werden,

dass trotz der bisherigen Therapien nach wie vor unfallkausale Schmerzen bestehen. Der Beschwerdeführer gab an, seit der Operation zur Osteosynthesematerialentfernung mehr Schmerzen zu haben als vorher (vgl. vorstehend E. 3.13). Es ist insgesamt somit keine Verbesserung der geklagten Beschwerden eingetreten und der Zustand seit Monaten gleich geblieben (vgl. vorstehend E. 3.13). Von weiteren Behandlungen ist mit Suva-Kreisarzt med. pract. Z.____

keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Insbesondere ist keinem der medizinischen Berichte zu entnehmen, dass weitere medizinische Massnahmen mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise dem Erlangen einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers verbunden wäre. So erachteten denn auch die Ärzte der Universitätsklinik A.____ in ihrem Bericht vom September 2022

die weitere Diagnostik lediglich zur Differenzierung der Schmerzgenese als notwendig, und dass bei Stellen einer allfälligen Diagnose diese somit behandelbar wäre. Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist auch in ihrem Bericht nichts zu finden. Sie führten hingegen klar aus, die Beurteilung des

Suva-Kreisarzt, wonach der medizinische Endzustand erreicht sei, sei nach vollziehbar (vgl. vorstehend E. 3.14). Dieser verneinte das Erreichen einer Verbesserung mittels sämtlichen zur Verfügung stehenden Therapien (Schmerz sprichstunden/Infiltrationen) und machte ausdrücklich auf die Empfehlung der Ärzte der Universitätsklinik A. ___ aufmerksam, wonach aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers auch von einer kausalen Therapie der Gonarthrose mittels Implantation einer Prothese unbedingt abzusehen sei (vgl. vorstehend E.

3.15). Die gängigen und vorliegend machbaren sowie möglichen /empfohlenen schmerztherapeutischen Massnahmen wurden

ausgeschöpft und die operative n Revisionen brachten keine Schmerzfreiheit. Durch weitere interventionelle oder konservative Massnahmen ist somit keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes

sowie des Zumutbarkeitsprofils zu erwarten. Nach dem Gesagten bestehen aufgrund der medizinischen Akten keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellung durch med. pract . Z. ___ . Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf seine Beurteilung abgestellt und den Fallabschluss per 30. September 2022 verfügt. 4.3

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

legte Suva-Kreisarzt med. pract . Z. ___ in Kenntnis der Vorakten schlüssig und nachvollziehbar dar, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Raumpfleger nicht mehr zumutbar sei . Die Belastung an den oberen Extremitäten sei jedoch frei. Der Beschwerdeführer könne sämtliche Arbeiten mit den Händen ausführen, auch schwere Arbeiten. Bezüglich der unteren Extremitäten dürfe der Beschwerdeführer keine Arbeiten ausführen, welche Zwangshaltungen, gleich welcher Art, auf das linke Kniegelenk bedingten, dies gelte auch für Schläge und/oder Vibrationen. Arbeiten auf den Knien oder in der Hocke seien nicht zulässig. Der Beschwerdeführer könne kurze Strecken regelmässig, längere Strecken nur selten und das Gehen auf unebenem Gelände gar nicht durchführen. Der Beschwerdeführer dürfe nicht auf Leitern steigen und nicht auf Gerüsten oder in sonstigen absturzgefährdeten Arbeiten tätig sein. Er solle eine leichte Arbeit mit einem Wechsel zwischen Sitzen und Stehen durchführen. Bei Einhaltung des genannten Profils könne eine ganztägige Arbeit durchgeführt werden. Die administrativen Tätigkeiten als Geschäftsführer (aktuell 20 %) seien dem Beschwerdeführer zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.13).

Auf diese Zumutbarkeitsbeurteilung ist abzu stellen. Es bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Fest stellungen des Kreisarztes. Abweichende, begründete ärztliche Beurteilungen liegen denn auch nicht vor.

Es kann vollumfänglich auf die Beurteilung des Kreis arztes abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen sind aufgrund der Akten lage nicht angezeigt, und es kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweis würdigung; BGE 122 V 157).

5. 5.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Nach Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns 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, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV). 5.2

Die Beschwerdeführerin stützte sich bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Angaben der Y.____ GmbH vom 14. Juli 2022 (Urk.

E. 6

'661.-- ermittelt worden sei. Der noch verfügte leidensbedingte Abzug von 10% erscheine angesichts der bundesgerichtlichen Rechtsprechung indes nicht gerechtfertigt, zumal dem Beschwerdeführer aufgrund des massgeblichen Zumutbarkeitsprofils immerhin noch leichte körperliche Tätigkeiten ganztags zumutbar seien (S. 10). Ohne den Unfall würde der Beschwerdeführer unbestrittenermassen einen Validenlohn von Fr. 65'000.-- erzielen. Stelle man dieses massgebliche und unbestrittene Valideneinkommen von Fr. 65'000.-- dem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 66'661.-- gegenüber, so ergebe sich für den Beschwerdeführer keine seitens der Unfallversicherung massgebliche Erwerbsunfähigkeit, womit die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht verneint worden seien (S. 12). Unter Berücksichtigung der inzwischen ergangenen neuen Arztberichte und in Kenntnis der Ergebnisse der in der Zwischenzeit durchgeführten weiteren medizinischen und spezialärztlichen Abklärungen habe med.

pract. Z.____ seine Beurteilung im November 2022 ergänzt, dass bereits das MRI des linken Knies vom 6. Dezember 2018 eine mittelschwere mediale Femorotibialarthrose, eine geringe Femoropatellararthrose sowie einen kleinen Gelenkserguss gezeigt habe. Für eine mittelschwere mediale Femorotibialarthrose und insbesondere auch die erwähnte Femoropatellararthrose sei eine Entwicklungszeit von mehreren Jahren notwendig. Gleichwohl sei der Beschwerdeführer am 14. Dezember 2018 operiert worden (mediale Teilmeniskektomie), sodass von einer richtunggebenden Verschlimmerung auszugehen sei. Im MRI vom 11. Januar 2022 zeige sich immer noch die medial betonte Gonarthrose mit progressiven Knorpeldefekten femorotibial sowie wenig Reizzustand. Obwohl hier mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zweifelsfrei dargelegt werden könne, dass es zu einer Verschlimmerung der schon präoperativ und auch schon vor dem Unfall bestehenden Gonarthrose gekommen sei, sollte doch wissenschaftlich in

Erwägung gezogen werden, dass sich eine Gonarthrose überwiegend wahrscheinlich durch eine Teilmeniscektomie verschlimmern könne und überwiegend wahrscheinlich werde. Auch wenn das hier (noch) nicht eingetreten sei, sei somit doch davon auszugehen, dass sich eine mittelschwere in eine schwere Gonarthrose verwandeln werde. Es sei daher dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 20 % zuzusprechen (S. 13 f.).

E. 11

/ 290). Ausgehend von einem Monatslohn von Fr. 5'000.-- errechnete sie für das Jahr 2022 einen Betrag von Fr. 65'000.-- (Fr. 5'000.-- x 13; Urk. 2/2 S.

E. 12

Ziff. 3.5). Dieses Einkommen ist aufgrund der Akten (Urk. 11 / 290) nicht zu beanstanden und wurde denn auch vom Beschwerdeführer nicht bemängelt (vgl. Urk. 1 S. 6).

Wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist, können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). 5.3

Da der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 29. September 2018 nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch trotz bestehender Beeinträchtigung eine leidensangepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zugemutet werden kann (vgl. vorstehend E. 4.3), ermittelte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht gestützt auf die statistischen Löhne gemäss LSE. Dabei sind die Daten im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns - vorliegend ist dies das Jahr 2022 - anzuwenden.

Im Jahre 2020 belief sich der mittlere Lohn für Männer, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, auf Fr. 5'261.-- monatlich (LSE 2020 TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1), mithin Fr. 63'132.-- im Jahr (Fr. 5'261.-- x 12). Die Beschwerdegegnerin ermittelte unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebstypische Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) und der Nominallohnentwicklungen bis 2022 (-0.7 % für das Jahr 2021 und 2 % für das Jahr 2022) für das Jahr 2022 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 66'661.-- (Fr. 63'132.-- : 40 x 41.7 x 0.993 x 1.02). Dies ist nicht zu beanstanden. 5.4

In der Verfügung vom 2. August 2022 nahm die Beschwerdegegnerin zunächst einen Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10 % vor (Urk. 2/1 S. 2 unten), kam jedoch im Einspracheentscheid darauf zurück (vgl. Urk. 2/2 S. 10 Ziff. 3.3). Zunächst ist festzuhalten, dass sie dazu befugt war (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_259/2013

vom 4. Juni 2013). Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens im Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin den Umstand berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer gemäss Zumutbarkeitsprofil

künftig

noch leichte

Arbeiten ganztags und mit den oberen Extremitäten auch schwere Arbeiten verrichten kann. Da vorliegend keine Anhaltspunkte für abzugsrelevante Merkmale ersichtlich sind, ist mit der Beschwerdegegnerin von einem

Abzug vom Tabellenlohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens

abzusehen. Dies gilt insbesondere, da rechtsprechungsgemäss der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug ist, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Weiter ist zu beachten, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen). Ausserdem ist

mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zur Invaliditätsbemessung gibt demnach zu keinen Beanstandungen Anlass und die Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) vermögen nach dem Gesagten nicht

darin zu ändern. 5.5

Bei der Gegenüberstellung des massgeblichen und unbestrittenen Valideneinkommens von Fr. 65'000.-- zum zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 66'661.-- ergibt sich für den Beschwerdeführer keine Erwerbseinbusse. Die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin erweist sich nach dem Gesagten als korrekt. 6.

Zusammenfassend sind der Fallabschluss per 30. September 2022 sowie die Verneinung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2/2) erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dextra Rechtsschutz AG, Rechtsanwältin Ladina Federspiel - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schüpbach

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