Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Mai 2014 (725 13 101 / 114)

Unfallversicherung

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand des eingeholten Gerichtsgutachtens; Hochrechnung des tatsächlich erzielten Verdienstes auf das zumutbare Pensum zur Ermittlung des Invaliditätsgrads

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Tina Gerber
Parteien	**A.____**, vertreten durch SEV, Zentralsekretariat, Steinerstrasse 35 Postfach, 3000 Bern 6 gegen **SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel
Betreff	Leistungen (Schaden 4.35228.10.0/35)

A. Der 1953 geborene A.____ ist seit dem 1. März 2008 bei der B.____ AG als Buschauffeur tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 24. Januar 2010 erlitt A.____ einen Unfall, als er beim Aussteigen aus der Badewanne ausrutschte und

nach hinten zurück in die Badewanne fiel (vgl. Schadenmeldung UVG vom 26. Januar 2010). Dabei zog er sich gemäss Austrittsbericht des Spitals C.____, vom 1. Februar 2010 eine Kneifzangenfraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 zu. Am 27. Januar 2010 wurde bei A.____ eine dorsolaterale Spondylodese durchgeführt. Der Versicherte war in der Folge zu 100% arbeitsunfähig. Zwei Arbeitsversuche im Sommer und Herbst 2010 scheiterten. Nach einem Aufenthalt in der Klinik D.____ vom 7. September 2010 bis 12. Oktober 2010, wurde bei A.____ am 18. März 2011 eine Metallentfernung durchgeführt. Obwohl mit der Entfernung des Osteosynthesematerials eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik erzielt werden konnte und A.____ seine Tätigkeit als Buschauffeur ab dem 14. Juni 2011 im Umfang eines 50%-Pensums wieder aufnehmen konnte, beklagte er weiterhin Beschwerden der Lendenwirbelsäule (LWS). Die SUVA, die nach Eingang der Unfallmeldung die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung) für die Folgen des Unfalls vom 24. Januar 2010 erbracht hatte, liess den Versicherten am 4. Januar 2012 kreisärztlich untersuchen. Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen und Abklärung der erwerblichen Verhältnisse sprach sie A.____ mit Verfügung vom 29. Juni 2012 für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfallereignis vom 24. Januar 2010 ab 1. Juni 2012 eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 30% sowie eine Integritätsentschädigung von 7.5% zu. Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 11. März 2013 abgewiesen.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch die SEV, Gewerkschaft des Verkehrspersonals, am 12. April 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Juli 2012 (recte wohl: 1. Juni 2012) eine Invalidenrente von 50% zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zu einem neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass sich die Beschwerdegegnerin zu Unrecht auf den Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 19. Oktober 2010 und den Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Januar 2012 abgestützt habe, da diese Unterlagen die geklagten belastungsunabhängigen Schmerzen nicht berücksichtigen würden. Der Austrittsbericht vom 19. Oktober 2010 sei überdies zu einem Zeitpunkt erstellt worden, in dem noch kein medizinischer Endzustand vorgelegen habe. Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer ein Berufswechsel in eine leidensangepasste Verweistätigkeit unzumutbar und er wäre dadurch faktisch in seinem Recht auf freie Berufswahl eingeschränkt.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 28. Mai 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 5. Juli 2013 und Duplik vom 26. Juli 2013 hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest.

E. Anlässlich der Urteilsberatung vom 22. August 2013 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die medizinische Aktenlage nicht möglich sei. Es beschloss deshalb, den Fall auszustellen und ein orthopä-

disches Gerichtsgutachten einzuholen. Als Begutachtungsstelle wurde die MEDAS E.____ bestimmt. Der entsprechende Auftrag erging am 11. Oktober 2013.

F. Die MEDAS E.____ erstattete am 4. Dezember 2013 (Eingang: 28. Januar 2014) das in Auftrag gegebene Gerichtsgutachten. Die Parteien erhielten in der Folge Gelegenheit, sich zum Inhalt des Gutachtens und zur Frage, wie sich die Ergebnisse der aktuellen orthopädischen Begutachtung auf den Leistungsanspruch des Versicherten auswirken würden, zu äussern. Mit Eingabe vom 13. Februar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin im Hinblick auf das eingeholte Gerichtsgutachten neu, dass dem Beschwerdeführer im Sinne einer reformatio in peius lediglich eine Rente in der Höhe von 25% zuzusprechen sei. Der Beschwerdeführer äusserte sich mit Stellungnahmen vom 5. März 2014 und 8. April 2014 kritisch zum eingeholten Gutachten. Am 17. April 2014 nahm die Beschwerdegegnerin zu den Schreiben des Beschwerdeführers Stellung.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Befindet sich dieser im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Vorliegend hat der Beschwerdeführer Wohnsitz in F.____. Der Sitz seines schweizerischen Arbeitgebers befindet sich jedoch in G.____, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Ein spracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 12. April 2013 ist demnach einzutreten.

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Überdies werden dem Rentenbezüger laut Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nach der Festsetzung der Rente Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13 UVG) gewährt, wenn er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person sodann Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde er-

hebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt dabei immer voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Invalidität, Integritätseinbusse) ein natürlicher (vgl. dazu BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) und ein adäquater (vgl. dazu BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis) Kausalzusammenhang besteht.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 29. Juni 2012, bestätigt mit Einspracheentscheid vom 11. März 2013, eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 30% sowie eine Integritätsentschädigung von 7.5% zugesprochen. Die Integritätsentschädigung wurde vom Beschwerdeführer weder in seiner Einsprache vom 20. August 2012 noch in der vorliegenden Beschwerde vom 12. April 2013 in Frage gestellt. Somit kann festgehalten werden, dass der Einspracheentscheid vom 11. März 2013 in Bezug auf die zugesprochene Integritätsentschädigung in (Teil-)Rechtskraft erwachsen ist und darauf nicht einzugehen ist. Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 50% hat. In diesem Zusammenhang ist auch der Antrag der Beschwerdegegnerin zu beurteilen, dem Beschwerdeführer sei im Sinne einer reformatio in peius lediglich eine Rente in der Höhe von 25% zuzusprechen.

4. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person unfallbedingt arbeitsunfähig ist.

4.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte. Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (vgl. BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie

alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa mit Hinweisen). Gleichermassen ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch: BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Anlässlich der ersten in dieser Angelegenheit erfolgten Urteilsberatung vom 22. August 2013 lagen dem Kantonsgericht verschiedene fachärztliche Berichte vor, die sich mit unterschiedlicher Ausführlichkeit zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserten. Für die Würdigung des vorliegenden medizinischen Sachverhalts sind dabei die Folgenden zu nennen:

5.1.1 Mit Austrittsbericht vom 1. Februar 2010 diagnostizierten Dres. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und I.____, FMH Neurochirurgie, des Spitals C.____ als Hauptdiagnose eine LWK-Kneifzangenfraktur Typ Ao 53-A2 mit Fraktur des linken Pedikels und Arcus L1, Fraktur des Processus spinosus L1, ohne intraspinalem Hämatom und ohne sensomotorische Ausfälle. Als Nebendiagnose sei ein Status nach Lipomexzision im Jahr 1986 festzuhalten. Der am 27. Januar 2010 durchgeführte Eingriff (dorsolaterale Spondylodese am Brustwirbelkörper 12 - L2 USS Fraktur System) habe der Patient gut überstanden und es seien keine neurologischen Defizite aufgetreten. Es sei während zwölf Wochen ab Eintrittstag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben.

5.1.2 Dr. med. J.____, Assistenzarzt im Spital C.____, hielt mit Zwischenbericht vom 27. Mai 2010 fest, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit ab dem 17. Mai 2010 zu 20% veranschlagt worden sei; danach sei eine Steigerung auf 50% ab dem 11. Juni 2010 vorgesehen.

5.1.3 Am 26. August 2010 liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer kreisärztlich untersuchen. Der zuständige Kreisarzt Dr. med. K.____, FMH Chirurgie, berichtete gleichentags, dass der Versicherte die im Umfang von 50% wieder aufgenommene Arbeit ab dem 4. August 2010 wegen zunehmender rechtsbetonten lumbalen Schmerzen vollumfänglich habe niederlegen müssen. Diagnostiziert werde ein Zustand nach dorsaler Aufrichtungsspondylodese Th12 bis L2 bei Kneifzangenfraktur L1. Die Unfallkausalität sei gegeben. Bis anhin sei die Heilung ruhig verlaufen. Aktuell liege vor allem eine muskuläre Problematik im Vordergrund bei leichter Fehlhaltung und noch ausgeprägter Insuffizienz der Rumpfmuskulatur. Der Kreisarzt erachtete eine stationäre Rehabilitation für angezeigt.

5.1.4 Der behandelnde Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, erklärte mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 26. August 2010, dass der Patient keineswegs für die Busfahrertätigkeit belastbar sei, da er während der Arbeit andauernde Rückenschmerzen verspüre. Der Patient sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig.

5.1.5 Der Beschwerdeführer hielt sich vom 7. September 2010 bis zum 12. Oktober 2010 in der Klinik D.____ zur stationären Rehabilitation auf. Mit Austrittsbericht vom 19. Oktober 2010 stellte die Ärzteschaft der Klinik D.____ einen Status nach Unfall vom 24. Januar 2010 mit Kneifzangenfraktur LWK1 mit Fraktur des linken Pedikels und Arcus L1 sowie Fraktur des Processus spinosus L1 ohne sensomotorische Ausfälle bei dorsolateraler Spondylodese und bei orthopädischer Frührehabilitation im Spital M.____ vom 2. Februar 2010 bis 13. Februar 2010 fest. Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule am 11. Mai 2010 hätten die Fraktur der LWK1 in guter Stellung in Konsolidation sowie eine regelrechte Implantatlage gezeigt. Aus den Röntgenaufnahmen des thorakolumbalen Übergangs vom 31. August 2010 seien unauffällige Stellungs-

verhältnisse ohne Anzeichen einer Lockerung oder eines Bruchs des Osteosynthesematerials sichtbar geworden. Diagnostiziert wurde ein thorakolumbales Schmerzsyndrom sowie eine arterielle Hypertonie. Der Patient habe beim Eintritt über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule geklagt. Darüber hinaus habe er ein Verkrampfungs- bzw. Verspannungsgefühl im Rücken, eine Einschränkung in der Beweglichkeit des Rückens, insbesondere der Flexion, und psychische Belastung als Beschwerden angegeben. Obwohl sich die Belastbarkeit und Beweglichkeit des Rückens nach der Einschätzung des Patienten in der Rehabilitation gebessert hätten, habe er beim Austritt weiterhin über Schmerzen geklagt. Die Tätigkeit als Buschauffeur sei dem Patienten aufgrund der längeren Sitzdauer und der Exposition der Wirbelsäule gegenüber Erschütterungen und Schlägen, insbesondere in älteren Bussen mit schlechter Federung des Führersitzes, aktuell nicht zumutbar. Es sei jedoch mit dem Arbeitgeber vereinbart worden, dass der Patient im November die Arbeit als Springer wieder aufnehmen könne. Eine angepasste wechselbelastende leichte bis mittelschwere Tätigkeit, in der bloss gelegentlich mit Lasten über 20 kg hantiert werden müsse und das Sitzen am Stück auf ungefähr eine Stunde beschränkt sei, sei dem Patienten ganztags zumutbar.

5.1.6 Mit Schreiben vom 19. Mai 2011 berichteten Dres. med. N.___ und O.____ über die postoperative Verlaufskontrolle vom 17. Mai 2011. Das Osteosynthesematerial sei am 18. März 2011 entfernt worden. Der Patient verspüre im Vergleich zur Zeit vor der Operation bereits eine deutliche Linderung, insbesondere sei das vorbestehende Blockadegefühl nicht mehr vorhanden. Die Arbeit als Buschauffeur sei noch nicht wieder aufgenommen worden, bei Autofahrten von über einer Stunde müsse der Patient aufgrund der Beschwerden Pausen einlegen. Geplant sei ein Arbeitsversuch im Umfang von 50% ab 14. Juni 2011 mit schrittweiser Erhöhung der Arbeitsfähigkeit.

5.1.7 Am 4. Januar 2012 berichtete Dr. K.____ über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung. Der Versicherte beklage nach wie vor Restbeschwerden lumbal rechtsbetont, teilweise bis ins Gesäss ausstrahlend. Die Beschwerden seien etwas abhängig von der Belastung. Am besten gehe es, wenn er häufig die Körperposition wechsle. Beim Versicherten bestehe ein Zustand nach dorsaler Aufrichtungsspondylodese Th12 bis L2 bei Kneifzangenfraktur L1. Die Unfallkausalität sei gegeben. Seit der Metallentfernung habe sich die Beweglichkeit der Wirbelsäule verbessert. Aktuell bestehe eine Überlastungsproblematik im Bereich L2/L3 nach der Spondylodese. Dadurch ergäben sich auch die muskulären Probleme tieflumbal. Aus diesem Grund sei es wichtig, dass der Versicherte weiterhin seine Rumpfmuskulatur gut pflege, die medizinische Trainingstherapie (MTT) könne von der SUVA als Erhaltungstherapie weiterhin übernommen werden. Aufgrund des bisherigen Verlaufs nach der Metallentfernung sei heute von einem Endzustand auszugehen. Der Versicherte sei an seinem angestammten Arbeitsplatz als Linienbuschauffeur gut integriert und arbeite aktuell in einem Pensum von 50%. Eine weitere Steigerung sei möglich, wobei der Versicherte wegen der Notwendigkeit, die Körperposition zu wechseln, keine langdauernden Dienste übernehmen könne. Alternativ seien dem Versicherten leichte bis knapp mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar. Der Integritätsschaden sei auf 7.5% zu schätzen.

5.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Rahmen des angefochtenen Einspracheentscheids auf den Bericht ihres Kreisarztes Dr. K.____ vom 4. Januar 2012 und den Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 19. Oktober 2011. Sie ging folglich davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar sei. Im Rahmen der Beweiswürdigung anlässlich der Urteilsberatung vom 22. August 2013 stellte das Kantonsgericht fest, dass die relevante Frage, wie sich die verbleibenden Unfallfolgen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken würden, nicht genügend abgeklärt worden sei. So berücksichtige der kreisärztliche Bericht vom 4. Januar 2012 die anlässlich der Untersuchung geklagten belastungsunabhängigen Schmerzen nicht. Ferner werde die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht begründet und die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, abgesehen von der Feststellung des tatsächlichen Pensums und einem Hinweis auf eine mögliche weitere Steigerung, nicht genügend detailliert dargelegt. Der kreisärztliche Bericht genüge damit den strengen Anforderungen der Rechtsprechung an versicherungsinterne medizinische Beurteilungen (vgl. Erwägung 4.4 hiervor) nicht. Auf den Austrittbericht der Klinik D.____ könne ebenfalls nicht abgestellt werden, da er vor der Entfernung des Osteosynthesematerials und damit vor Erreichen des Endzustands verfasst wurde. Da die übrigen medizinischen Unterlagen ebenfalls keine verlässliche Entscheidgrundlage bilden und sich insbesondere nicht genügend zur Arbeitsfähigkeit äussern, beschloss das Gericht, den Fall auszustellen und die erforderliche zusätzliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Rahmen eines Gerichtsgutachtens vornehmen zu lassen. In der Folge ordnete es eine orthopädische Begutachtung des Beschwerdeführers durch die MEDAS E.____ an.

5.3 Gestützt auf ihre orthopädische Untersuchung vom 2. Dezember 2013 sowie der eingeholten und durchgeführten bildgebenden Untersuchungen halten Dres. med. P.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Q.____ im Gutachten vom 4. Dezember 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: eine instabile Kneifzangenfraktur LWK1 mit Beteiligung des linken Wirbelbogens / Pedikels und des Dornfortsatzes vom 24. Januar 2010 bei Status nach dorsolateraler Aufrichtungsspondylodese Th12 bis L2 (Fraktur USS) mit Anlagerung autologen kortikospongiösen Materials aus dem links-posterioren Beckenkamm am 27. Januar 2010 sowie bei Status nach Osteosynthesematerialentfernung am 18. März 2011. Ausserdem liege eine stabile Deckplattenimpressionsfraktur BWK11 im Sinne einer Ermüdungsfraktur im kranialen Anschlusssegment nach intersegmentaler Fusion vor (bildgebend festgestellt am 23. Oktober 2013). Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden eine aseptische mediale Femurkondylennekrose des rechten Knies, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas, ein Status nach Tonsillektomie im Jahr 1970 und ein Status nach Herniotomie im Jahr 1986 bei epigastrischer Hernie festgehalten.

Für den Exploranden stünden die rechtseitig akzentuierten Schmerzen im Bereich des thorakolumbalen Übergangs paravertebral, teils über den rechten Rumpf gürtelförmig anterior ausstrahlend, im Vordergrund. Es werde eine dauerhafte Schmerzintensität beschrieben, mit Verstärkung der Schmerzen bei längerem Sitzen, körperlicher Belastung und beim Anlaufen aus längerer Ruhe heraus. Zudem bestünden gelegentlich auftretende Beschwerden im Bereich des linken Beckenkamms sowie intermittierende Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks,

begleitet von belastungsabhängiger Schwellneigung. Die Kniebeschwerden träten insbesondere im Sinne einer Anlaufproblematik nach längerem Sitzen von zwei bis drei Stunden auf. Bezüglich der Schmerzen im Bereich der Muskulatur der Lendenwirbelsäule fände sich ein objektivierbarer Hartspann als Zeichen funktioneller muskulärer Beschwerden. Diese Restbeschwerden stünden in direkter Kausalität zum Unfallereignis. Die höher lokalisierten Schmerzen mit ringförmiger Ausstrahlung entlang der rechten Bauchwand liessen sich auf die neu diagnostizierte Deckplattenimpressionsfraktur des BWK11 zurückführen. Es sei anzunehmen, dass es sich hierbei um das bekannte Phänomen einer Anschlussdegeneration nach Frakturspondylodese handle. Somit seien diese Beschwerden ebenfalls als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal anzusehen. Die Insuffizienzfraktur habe sich erst nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Januar 2012 entwickelt. Der genaue Zeitpunkt liesse sich nicht definieren, in der MRI-Untersuchung vom 18. Mai 2012 sei die Fraktur jedoch bereits ausgeheilt gewesen. Die diesbezüglichen subjektiven Beschwerden würden vom Exploranden jeweils spezifisch angegeben und mit den objektivierbaren Befunden korrelieren. Im Bereich des linken Beckenkamms hätten die von Exploranden geklagten Schmerzen anlässlich der Untersuchung nicht provoziert werden können. Der klinische Befund am rechten Knie korreliere mit den magnetresonanztomographischen Befunden und den geschilderten Beschwerden, seien jedoch klar auf ein Krankheitsereignis ohne Bezug zum Unfall vom 24. Januar 2010 oder dessen Behandlung zurückzuführen.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, dass sich andauernde tonische Belastungen, z.B. bei längerem Stehen oder Sitzen, ungünstig auf die Beschwerden auswirken würden. Damit sei auch der angestammte Beruf als Buschauffeur ungünstig, da die Wirbelsäule nicht bloss einer tonischen Haltebelastung in kyphosierter Stellung, sondern auch ständiger Vibration und Erschütterungen ausgesetzt sei. Dies könne mitunter zu einer noch schnelleren Ermüdung der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur führen und die funktionellen muskulären Beschwerden verschlimmern. Negativ auswirken auf die Rückenbeschwerden würden sich ausserdem das Heben und Tragen schwerer Lasten, wobei das Anheben von Gewichten nahe der Körperachse streng aus den Beinen heraus bis etwa 10 kg praktikabel sei. In der angestammten Tätigkeit als Buschauffeur sei dem Exploranden ein sechsstündiger Arbeitstag mit Schichten von besser zwei bis drei Stunden am Stück zumutbar. Zwischen den Schichten müssten Erholungsphasen von mindestens einer halben Stunde gewährleistet sein, in denen der Explorand Positionswechsel sowie Dehnungsübungen oder kurze Spaziergänge vornehmen könne. Dies werde vom Exploranden zum heutigen Zeitpunkt bereits teilweise durchgeführt. Ein Aufbau der Arbeitsfähigkeit auf 70% bis 80% sei somit denkbar. In einer zwischen Sitzen, Gehen und Stehen wechselnden Tätigkeit, beispielsweise in einer Büroumgebung, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einem achtstündigen Arbeitstag denkbar.

5.4 Wie unter Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, weicht das Gericht bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts bei Gerichtsgutachten praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Vorliegend sind keine solchen Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die

Ergebnisse des Gerichtsgutachtens der MEDAS E.____ vom 4. Dezember 2013 in Frage zu stellen oder davon abzuweichen. Das Gutachten weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. Erwägung 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich ausführlich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Das Gerichtsgutachten vom 4. Dezember 2013 erfüllt damit die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage.

5.5 Was der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Stellungnahmen vom 5. März 2014 und 8. April 2014 vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gerichtsgutachtens vom 4. Dezember 2013 in Frage zu stellen. Der Beschwerdeführer beruft sich bei seiner Kritik in erster Linie auf die neu gestellte Diagnose der Deckplattenimpressionsfraktur und macht geltend, dass dieser neue Befund seine Arbeitsfähigkeit zusätzlich beeinträchtige. Es sei ungewiss, ob dieser neue Befund von den Gerichtsgutachtern bei der Frage der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sei. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann aufgrund der Ausführungen im Gerichtsgutachten davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden aus der als unfallkausal angesehenen Deckplattenimpressionsfraktur in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen sind. So wird die Deckplattenimpressionsfraktur sowohl bei den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und im Rahmen der medizinischen Beurteilung unter Punkt 6.1 des Gerichtsgutachtens behandelt. Bei der Frage nach den qualitativen und quantitativen Einschränkungen unter Punkt 6.2 des Gutachtens wird anschliessend ausdrücklich auf die unter Punkt 6.1 beschriebenen Verletzungen verwiesen. Aus der Tatsache, dass trotz dieses neuen Befundes keine höhere Arbeitsunfähigkeit angenommen wurde, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, da zwischen den ärztlich gestellten Diagnosen und dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit keine lineare Korrelation besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2014, 9C_850/2013, E. 3.1 mit Hinweis). Im Übrigen ist anzumerken, dass die Fraktur gemäss Punkt 6.6 des Gerichtsgutachtens in der MRT-Untersuchung vom 18. Mai 2012 bereits ausgeheilt gewesen ist.

Der Beschwerdeführer moniert ferner, dass die belastungsunabhängigen Schmerzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern ausser Acht gelassen worden seien. Dem Beschwerdeführer ist zuzustimmen, dass eingehendere Ausführungen zu den belastungsunabhängigen Schmerzen wünschenswert gewesen wären. Indessen liegen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass die dauernden Schmerzen nicht in die gutachterliche Beurteilung eingeflossen sind. Daran ändert auch die Tatsache, dass die Gerichtsgutachter letztlich in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu einem ähnlichen Ergebnis wie der Kreisarzt Dr. K.____ kommen, nichts. Die geklagten andauernden Beschwerden werden im Gutachten mehrfach erwähnt. Im Rahmen der Einschätzung der qualitativen und quantitativen Einschränkungen wird ausserdem aufgeführt, welche Arbeiten sich auf die *vorhandene* Symptomatik negativ auswirken oder diese verschlimmern. Ein nicht auflösbarer wesentlicher Widerspruch, der den Beweiswert des Gutachtens in Zweifel ziehen würde, ist jedenfalls nicht auszumachen.

Ebensowenig vermag die am 25. Mai 2012 einmalig gestellte Verdachtsdiagnose eines Facettengelenkssyndroms das Gerichtsgutachten in Frage zu stellen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lagen die MRT-Bilder vom 12. Dezember 2013 den Gerichtsgutachtern vor und trugen dazu bei, die von ihnen diagnostizierte Deckplattenimpressionsfraktur bildgebend nachzuweisen. Es darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass – wäre ein Facettengelenkssyndrom auf den MRT-Aufnahmen erkennbar – dies von den begutachtenden Fachpersonen thematisiert worden wäre.

5.6 Zusammengefasst kann nach dem Ausgeführten festgestellt werden, dass bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers grundsätzlich auf das vom Gericht eingeholten Gutachten vom 4. Dezember 2013 abzustellen ist. In einer leidensangepassten Tätigkeit ist der Beschwerdeführer demnach voll arbeitsfähig. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gehen die Gutachter davon aus, dass dem Beschwerdeführer ein sechsstündiger Arbeitstag mit Schichten von besser zwei bis drei Stunden am Stück zumutbar sei. Ein Aufbau der Arbeitsfähigkeit auf 70% bis 80% sei denkbar. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann aus dieser letzteren Formulierung nicht geschlossen werden, dass das zumutbare Pensum des Beschwerdeführers 75% betrage. Vielmehr scheint die Feststellung einer „denkbaren“ Pensenerhöhung eine gewisse Unsicherheit zu zeigen. Diese Unsicherheit fehlt bei der in Stunden ausgedrückten täglich zumutbaren Arbeitszeit. Bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 42 Stunden in der Woche (vgl. Schadensmeldung des Arbeitgebers vom 26. Januar 2010) ist folglich entsprechend den gutachterlichen Feststellungen von einem zumutbaren 70%igen Pensum auszugehen, wobei darin sicherlich auch gewisse Reserven zugunsten des Beschwerdeführers enthalten sind. Diese sind jedoch in Anbetracht des Pausenbedarfs und der Einschränkung in der zumutbaren Schichtlänge gerechtfertigt.

6.1 Wie in Erwägung 2 hiervor erwähnt, hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist für die Vornahme des Einkommensvergleichs in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174). Vorliegend ist demnach beim Einkommensvergleich von den am 1. Juni 2012 (Datum des Rentenbeginns) gegebenen Einkommensverhältnissen auszugehen.

6.2.1 Bei der Bemessung des hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschädigung (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht anzuwendenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 115 V 142 E. 8b mit weiteren Hinweisen) als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010, 8C_647/2009, E. 4.3; vgl. auch: BGE 134 V 325 E. 4.1).

6.2.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid ermittelte die Beschwerdegegnerin anhand der Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers zur mutmasslichen Lohnentwicklung im Jahr 2012 ein Valideneinkommen von Fr. 78‘815.–. Das Valideneinkommen wurde von der Beschwerdegegnerin korrekt berechnet und wird vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht in Frage gestellt.

6.3.1 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid auf ihre interne Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP), wobei sie fünf dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden DAP-Blätter auswählte und so einen – im Vergleich zum Durchschnittlohn der Gesamtzahl der aufgrund der Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Plätzen leicht unterdurchschnittlichen – Invalidenlohn von Fr. 55‘125.– ermittelte, entsprechend einem vollschichtigen Pensum in einer leidensangepassten Tätigkeit. Der Beschwerdeführer bringt hiergegen im Wesentlichen vor, dass ihm ein Berufswechsel nicht zumutbar sei und folglich auf das tatsächliche erzielte Einkommen abgestellt werden müsse. Im Anschluss an das Gerichtsgutachten schloss sich die Beschwerdegegnerin der Argumentation des Beschwerdeführers insofern an, als dass sie nun ebenfalls die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur für massgebend erachtet. Indessen sei dabei nicht bloss auf das tatsächlich ausgeübte Pensum von 50%, sondern auf das gemäss Gerichtsgutachten zumutbare Pensum abzustellen. Bloss eventualiter sei entsprechend der ursprünglichen Berechnung das Einkommen in einer leidensadaptierten Tätigkeit, wo eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei, heranzuziehen.

6.3.2 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt diese nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, ist der tatsächlich erzielte Verdienst dem Invalideneinkommen gleichzusetzen, wenn – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind, die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausgeschöpft wird und die Entlöhnung der Leistung angemessen ist, folglich nicht ein Soziallohn zur Auszahlung gelangt (vgl. BGE 129 V 475 E. 4.2.1, 126 V 76 E. 3b/aa mit Hinweisen). Erfüllt das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen diese Voraussetzungen nicht, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, kann das Invalideneinkommen unter Beizug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik oder – wenn die SUVA Versicherungsträger ist – der DAP ermittelt werden (BGE 129 V 475 E. 4.2.1

mit Hinweisen). Mit dem Kriterium der voll ausgeschöpften Restarbeitsfähigkeit wird verhindert, dass sich die versicherte Person auf ein tiefes Einkommen berufen kann, während ihr – entweder in der angestammten oder in einer leidensangepassten Tätigkeit – die Erzielung eines höheren zumutbar wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2013, 9C_720/2012, E. 2.3.2 mit Hinweisen). Im Rahmen der Selbsteingliederung als Ausdruck der Schadensminderungspflicht dürfen indessen von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind. Die Schadensminderungspflicht kann in Konflikt zu den Grundrechten, insbesondere auf freie Wahl des Berufs (Art. 27 Abs. 2 BV), treten (vgl. Urteil des EVG vom 8. Juli 2004, I 365/03, E. 4.2 und 4.3; vgl. auch: BGE 113 V 28 E. 4b; je mit weiteren Hinweisen). Als Richtschnur bei der Interessenabwägung kann jedoch gelten, dass die Anforderungen an die Schadensminderungspflicht zulässigerweise dort strenger sind, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Sozialversicherungen in Frage steht. Dies trifft beispielsweise zu, wenn der Verzicht auf schadensmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslösen würde (vgl. BGE 113 V 32 f. E. 4d; Urteil des EVG vom 8. Juli 2004, I 365/03, E. 4.2).

6.3.3 Der Beschwerdeführer arbeitet seit dem 14. Juni 2011 wieder in einem 50%-Pensum in seiner angestammten Tätigkeit als Buschauffeur. Gemäss den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen im Gerichtsgutachten vom 4. Dezember 2013 ist ihm diese Tätigkeit im Umfang von 70% zumutbar (vgl. Erwägung 5.6 hiervor). In einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg ist dem Beschwerdeführer ein vollschichtiges Pensum zumutbar. Damit steht fest, dass er zurzeit die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft. Indessen ist der Beschwerdeführer im angestammten Betrieb unbestrittenermassen optimal integriert; es liegt ein stabiles Arbeitsverhältnis vor und die Entlöhnung ist der Leistung angemessen. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers ist ausserdem davon auszugehen, dass eine Erhöhung des Pensums von 50% auf 70% betrieblich möglich ist. Dafür spricht einerseits, dass die Arbeitgeberin in ihren Schreiben an die Beschwerdegegnerin lediglich eine Einsatzmöglichkeit unter 50% ausschloss, bezüglich des Ermöglichens eines 50%igen oder höheren Pensums im Lauf des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens jedoch jeweils grosses Entgegenkommen gezeigt hat (vgl. Schreiben der Arbeitgeberin vom 21. Mai 2010, SUVA-Akten Nr. 13; Telefonnotiz vom 18. Mai 2010, SUVA-Akten Nr. 14; Bericht der Besprechung vom 13. Dezember 2010, SUVA-Akten Nr. 47). So wurde auch die Möglichkeit, den Beschwerdeführer (zusätzlich) als Springer einzusetzen, in Betracht gezogen (vgl. Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 19. Oktober 2010, S. 3). Andererseits spricht insbesondere auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2009 und damit vor dem Unfall vom 24. Januar 2010 sein Pensum freiwillig vorübergehend auf 75% reduzieren konnte, für eine mögliche Pensenerhöhung (vgl. Telefonnotiz vom 11. April 2012, SUVA-Akten Nr. 111; E-Mail der Arbeitgeberin vom 10. April 2012, SUVA-Akten Nr. 112). Den Akten sind damit Anhaltspunkte zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auch im angestammten Beruf voll ausschöpfen könnte. In solchen Fällen, in denen die versicherte Person die verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft, eine volle Ausschöpfung mittels Pensenerhöhung von Seiten der Arbeitgeberin jedoch möglich ist, kann nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Ermittlung des Invalideneinkommens der tatsächliche Verdienst hochgerechnet werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. Februar 2013, 9C_720/2012, E. 2.3.2

und vom 6. Januar 2010, 8C_579/2009, E. 2.3.2). Sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen basieren damit auf demselben Lohnansatz und der Invaliditätsgrad bestimmt sich aufgrund der medizinisch festgestellten prozentualen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der so ermittelte Invaliditätsgrad beträgt folglich 30%. Wird bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die angestammte und aktuelle Stelle abgestellt, kann die umstrittene Frage der Zumutbarkeit eines Berufswechsels offen gelassen werden. Lediglich der Vollständigkeit halber kann festgehalten werden, dass die ursprüngliche Berechnung des Invalideneinkommens durch die Beschwerdegegnerin anhand der DAP zu keinem anderen Ergebnis führt. Mit der Auswahl der DAP-Blätter, der Auflage der Gesamtzahl der in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze und der Angaben über den Höchst- und Tiefst- sowie über den Durchschnittslohn erfüllte das Vorgehen der Beschwerdegegnerin die Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 139 V 595 f. E. 6.3, 129 V 475 ff. E. 4.2). Das anhand der so ausgewählten Arbeitsplatzprofile grundsätzlich korrekt ermittelte Invalideneinkommen resultiert ebenfalls in einem Invaliditätsgrad von 30%. Obwohl es damit anderweitige Tätigkeiten gibt, in welchen der Beschwerdeführer seine verbliebene Arbeitsfähigkeit in zeitlich grösserem Umfang ausüben könnte, wäre diese einkommensmässig nicht besser zu verwerten als an der aktuellen Stelle.

7. Nach dem Ausgeführten hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 30%. Dies entspricht im Ergebnis der im angefochtenen Einspracheentscheid zugesprochenen Rente. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben.

8.2 Im Zusammenhang mit den Kosten für die gerichtliche Begutachtung ist Art. 45 Abs. 1 ATSG zu beachten. Dieser Bestimmung zufolge hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 ff. entschieden hat, sind in jenen Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen MEDAS-Begutachtung den IV-Stellen aufzuerlegen. Dies sei, so das Bundesgericht weiter, mit der zitierten Bestimmung von Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar (vgl. BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2). In BGE 139 V 225 ff. hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auch auf das unfallversicherungsrechtliche Verfahren für anwendbar erklärt, da sowohl im Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung wie auch in demjenigen der Unfallversicherung grundsätzlich dieselben Verfahrensbestimmungen, namentlich Art. 43 bis 49 ATSG massgebend sind (BGE 139 V 226 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 322 E. 6.1.2). Vorliegend ist das

Kantonsgericht anlässlich seiner Urteilsberatung vom 22. August 2013 zum Ergebnis gelangt, dass ein Sachentscheid gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Hintergrund bildete der Umstand, dass der kreisärztliche Untersuchungsbericht nicht sämtliche geklagten Beschwerden berücksichtigte und in sämtlichen medizinischen Unterlagen detaillierte Ausführungen zur verbleibenden Restarbeitsfähigkeit fehlten (vgl. Erwägung 5.2 hiervor). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss aber ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch: BGE 135 V 471 E. 4.7). Solche Zweifel lagen aufgrund der berechtigten Einwendungen des Beschwerdeführers ohne weiteres vor. Daran ändert nichts, dass das eingeholte Gerichtsgutachten letztlich zur gleichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie der kreisärztliche Bericht kam. Vielmehr liegt mit dem eingeholten Gerichtsgutachten erstmals eine medizinische Einschätzung vor, die sämtliche, also auch die belastungsunabhängigen, Beschwerden, berücksichtigt und eine qualifizierte Beurteilung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit enthält. Mit der neu festgestellten Deckplattenimpressionsfraktur beinhaltet das Gerichtsgutachten ausserdem neue Erkenntnisse, welche das Beschwerdebild des Versicherten genauer zu erklären vermögen. Der Beweiswert eines extern eingeholten Gerichtsgutachtens ist überdies rechtsprechungsgemäss höher zu werten als derjenige eines versicherungsinternen Berichts. Die im Anschluss an die Urteilsberatung vom 22. August 2013 in Auftrag gegebene gerichtliche Begutachtung durch die MEDAS E.____ war mithin nicht nur angezeigt, sondern hat sich als geradezu unerlässlich erwiesen. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind die resultierenden Kosten, welche sich gemäss Honorarrechnung des MEDAS E.____ vom 23. Januar 2014 auf Fr. 3‘298.90 belaufen, demnach der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Angesichts der Tatsache, dass zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage gekommen wäre, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfallen und ein gerichtliches Gutachten angeordnet worden ist (vgl. BGE 137 V 210 ff.), gilt der Beschwerdeführer als obsiegende Partei. Entsprechend der bis zum Entscheid BGE 137 V 210 ff. geltenden Praxis, wonach die Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung und zum Erlass einer neuen Verfügung grundsätzlich als Obsiegen im Sinne der genannten Bestimmung galt (vgl. BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 132 V 235 E. 6.2, je mit weiteren Hinweisen), besitzt der Beschwerdeführer mithin auch im vorliegenden Fall Anspruch auf eine Parteientschädigung. Wurde im Verfahren ein Gerichtsgutachten eingeholt, ist der beschwerdeführenden Partei in der Regel eine volle Parteientschädigung zuzusprechen, selbst wenn sie letztlich in der Sache unterliegt und die Beschwerde abgewiesen wird. Vorbehalten bleibt indessen in diesen Fällen ein übermässiger Aufwand des Rechtsvertreters nach Vorliegen des Gerichtsgutachtens.

8.3.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in der Honorarnote vom 8. April 2014 für das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen des Gerichtsgutachtens (Zustellung an Parteien: 4. Februar 2014) einen Zeitaufwand von 10 Stunden und 1 Minute geltend gemacht. Diese

Abrechnung beinhaltet allerdings Bemühungen von 3 Stunden und 36 Minuten, die im Rahmen des Einspracheverfahrens erbracht worden sind. Bei der Bemessung der Parteientschädigung für das versicherungsgerichtliche Verfahren kann aber nur der im Rahmen des eigentlichen Beschwerdeverfahrens, d.h. der nach der Zustellung des Einspracheentscheids entstandene Aufwand berücksichtigt werden. Für die Festsetzung der Parteientschädigung ist somit nur der für den Zeitraum nach dem 13. März 2013 (Zustellung des Einspracheentscheids) ausgewiesene Aufwand von 6 Stunden und 25 Minuten und die entstandenen Auslagen zu berücksichtigen.

8.3.2 Der Honorarrechnung kann weiter entnommen werden, dass die Rechtsvertreterin einen Zeitaufwand von 55 Minuten für die Teilnahme an der Urteilsberatung vom 22. August 2013 geltend macht. Da die Teilnahme an der Urteilsberatung fakultativ ist und ein Fernbleiben keinerlei Rechtsnachteile nach sich zieht, wird der Aufwand für eine solche Teilnahme im Rahmen der Parteientschädigung praxisgemäss nicht entschädigt. Der betreffende Aufwand ist deshalb auch vorliegend bei der Bemessung der Parteientschädigung nicht zu berücksichtigen. Somit verbleibt aus der Honorarnote vom 8. April 2014 für den Zeitraum von der Zustellung des Einspracheentscheids am 13. März 2013 bis zur Zustellung des Gerichtsgutachtens am 4. Februar 2014 ein grundsätzlich entschädigungsberechtigter Aufwand von 5 Stunden und 30 Minuten, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die in diesem Zeitraum ausgewiesenen Auslagen von Fr. 29.50. Diese Bemühungen und Auslagen sind denn auch bei der Bemessung der Parteientschädigung vollumfänglich zu berücksichtigen.

8.3.3 Für die Zeit nach Vorliegen des Gerichtsgutachtens macht die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in ihrer Honorarnote vom 8. April 2014 nochmals einen nicht unbeträchtlichen Zeitaufwand geltend, nämlich 9 Stunden und 30 Minuten (plus Auslagen von Fr. 34.50). Obwohl die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in diesem Zeitraum zwei Stellungnahmen verfasst hat – wobei eine dem Gericht unaufgefordert eingereicht wurde – erscheint der geltend gemachte Aufwand im Sinne des unter Erwägung 8.3. hiervor Ausgeführten übermässig und ist nicht vollumfänglich der Beschwerdegegnerin zu überbinden. Eine Kürzung des seit der Zustellung des Gerichtsgutachtens geltend gemachten Zeitaufwands um 3 Stunden, somit auf 6 Stunden und 30 Minuten, erscheint unter Berücksichtigung der Umstände bei der Bemessung der Parteientschädigung angebracht.

8.3.4 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin zu tragenden Parteientschädigung ein Zeitaufwand ihrer Rechtsvertreterin von 12 Stunden (5 Stunden und 30 Minuten bis zur Zustellung des Gerichtsgutachtens + 6 Stunden und 30 Minuten für die nachher erbrachten Bemühungen) sowie Auslagen von Fr. 64.– (Fr. 29.50 bis zur Zustellung des Gerichtsgutachtens + Fr. 34.50 für die nachher entstandenen Auslagen) zu entschädigen sind. Die Bemühungen sind zum geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 100.– zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1‘264.– (12 Stunden à Fr. 100.– + Auslagen von Fr. 64.–, ohne Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Kosten der gerichtlichen Begutachtung in der Höhe von Fr. 3‘298.90 werden der SUVA auferlegt.

4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1‘264.– (inklusive Auslagen) zu bezahlen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht