



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 15. Oktober 2020 (725 19 388 / 239)

---

**Unfallversicherung**

**Nebst Mängeln an der kreisärztlichen Beurteilung bestehen auch Zweifel hinsichtlich der Bemessung des für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Valideneinkommens. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung.**

\_\_\_\_\_ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger  
Götz, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

\_\_\_\_\_ Parteien **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

**Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff Leistungen

A. Der 1972 geborene A.\_\_\_\_\_ war seit dem 1. Dezember 2013 als Gipser und Plattenleger für die B.\_\_\_\_\_ GmbH in X.\_\_\_\_\_ tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert gewesen. Am 9. Dezember 2013 rutschte er bei der Arbeit aus und verletzte sich das linke Knie. In

der Folge wurde eine komplexe Läsion des medialen Meniskus-Hinterhorns links nach Distorsionsstrauma diagnostiziert und dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Suva erbrachte in der Folge ihre Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 30. Januar 2019 verneinte sie jedoch einen Rentenanspruch des Versicherten mit der Begründung, dass keine erhebliche Erwerbseinbusse vorliege. Hingegen habe der Versicherte Anspruch eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von 10%. Eine hiergegen erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2019 ab.

B. Dagegen hat der Versicherte am 22. November 2019 beim Kantonsgericht des Kantons Luzern Beschwerde erhoben. Das Kantonsgericht Luzern hat diese Beschwerde am 3. Dezember 2019 zuständigkeitshalber dem Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), überwiesen, weil die letzte Arbeitgeberin des Versicherten ihren Sitz im Kanton Basel-Landschaft hatte. In seiner Beschwerde brachte der Versicherte sinngemäss vor, dass er weitere Leistungen der Unfallversicherung zu beziehen berechtigt sei, weil er aus physischen und psychischen Gründen weiterhin vollständig arbeitsunfähig sei. Er sei beim Stehen und beim Gehen auf einen Stützstock angewiesen. Ausserdem werde demnächst eine Hospitalisierung in der Psychiatrie stattfinden.

C. Mit Vernehmlassung vom 4. Februar 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde. In der Folge zog das Kantonsgericht die Akten der Invalidenversicherung (IV) zum Verfahren bei. Die Suva wies in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2020 darauf hin, dass die mit Vorbescheid der IV in Aussicht gestellte IV-Rente ausschliesslich auf einer psychiatrisch bedingten Restarbeitsfähigkeit von 50% beruhe. Das psychische Leiden sei jedoch nicht adäquat unfallkausal, so dass unter diesem Titel keine Leistungspflicht der Suva bestehe. Der Versicherte hat dem Kantonsgericht in der Folge diverse Untersuchungsberichte eingereicht und um Hilfe bezüglich einer geplanten Operation gebeten, für welche die Suva keine Kostengutsprache geleistet habe.

D. Am 23. Juli 2020 erfolgte im Spital C.\_\_\_\_\_ eine diagnostische Kniegelenksarthroskopie mit lateraler Meniskusnaht. Die Suva hat sich am 30. September 2020 zum entsprechenden Operationsbericht vernehmen lassen. Mit Eingabe vom 2. Oktober 2020 hat der Beschwerdeführer sodann einen Sprechstundenbericht des D.\_\_\_\_\_ vom 30. September 2020 eingereicht, wonach ihm wegen anhaltender Gonalgien am linken Knie Schmerzmittel verordnet worden seien. Mit Eingabe schliesslich vom 13. Oktober 2020 hat er einen Sprechstundenbericht des Kantonsspitals Baselland vom 5. Oktober 2020 eingereicht, demzufolge sich die aktuellen Beschwerden auch im Rahmen des erwarteten postoperativen Verlaufs nach einer Meniskusnaht erklären lassen würden.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, ist nach Art. 58 Abs. 2 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich unter anderem der Sitz ihres letzten Arbeitgebers befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat. Bei dem in Frankreich wohnhaften Versicherten befindet sich der Sitz seines letzten Arbeitgebers im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts 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 Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die ursprünglich beim Kantonsgericht des Kantons Luzern frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 22. November 2019 ist demnach einzutreten.

2. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdebegründung die Ausrichtung weiterer Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen verlangt, ist sinngemäss der Zeitpunkt des Fallabschlusses umstritten. Hintergrund bildet der Umstand, dass der Fallabschluss zwangsläufig mit der Einstellung der vorübergehenden Leistungen in Form von Taggeldern und der Übernahme von Heilbehandlungskosten verbunden ist. Für den Fall, dass ein Endzustand eingetreten ist, ist sodann auch ein allfälliger Rentenanspruch zu prüfen.

2.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG werden Versicherungsleistungen für Ereignisse, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

2.2 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. Gemäss Art. 10 UVG hat der Versicherte Anspruch auf Heilbehandlungen unter anderem in Form einer ambulanten Behandlung durch den Arzt oder auf dessen Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson (Abs. 1 lit. a). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend

gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist und sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.3 In BGE 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht einlässlich mit der Thematik befasst, in welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und - gegebenenfalls - den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen habe (BGE 134 V 113 E. 3.2). Dies habe, so das Bundesgericht, gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG in dem Zeitpunkt zu geschehen, in welchem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien (BGE 134 V 113 ff. E. 4). Die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber verdeutliche dabei, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen genügten nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen). Wenn eine entsprechende Verbesserung nicht erwartet werden kann, ist der Fall deshalb abzuschliessen.

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt stets voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele.

3.2 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante (Gesundheitszustand, wie er vor dem Unfall vorlag, bzw. wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf früher oder später auch ohne Unfall entwickelt hätte) entfällt die Teilursächlichkeit für allenfalls noch weiterbestehende Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange der Status quo sine vel ante hingegen noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen.

Dies gilt selbst dann, wenn die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil eine Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet, dass die versicherte Person unter Umständen Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschließender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C\_326/2008). Art. 36 UVG setzt mithin voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor, und Art. 36 UVG ist dann nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip mit anderen Worten teilweise durchbrochen. Im Leistungsfall hat der Unfallversicherer ohne Einschränkungen für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb auch keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

3.3 Nebst einem natürlichen Kausalzusammenhang setzt die Leistungspflicht des Unfallversicherers weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden auch ein sogenannter adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 118 V 290 E. 1c mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche, adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). Während bei schweren Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und den psychischen Folgen in der Regel zu bejahen ist, weil nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung Unfälle solcher Intensität geeignet sind, invalidisierende Gesundheitsschäden auch psychischer Natur zu bewirken, ist der adäquate Kausalzusammenhang bei leichten bzw. banalen Unfällen in der Regel ohne weiteres zu verneinen, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 115 V 133 ff.).

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht

dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 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 kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

5.1 Im Anschluss an die im Rahmen des Unfallereignisses vom 9. Dezember 2013 erlittene Kniearthrose erfolgten am linken Knie eine Vielzahl verschiedener Eingriffe. Am 6. Januar 2014 wurde eine Teilmeniskektomie (Suva Dok 24), am 23. Oktober 2014 eine Re-Teilmeniskektomie (Suva Dok 101), am 21. September 2015 eine diagnostische Kniearthroskopie und am 11. Juli 2016 eine weitere Arthroskopie sowie ein Debridement vorgenommen (Suva Dok 184). Am 28. September 2016 ist schliesslich eine Hemiprothese implantiert (Suva Dok 200), und am 27. Juli 2017 ist eine arthroskopische Kniearthroskopie (Suva Dok 253) sowie am 11. Januar 2018 eine Neuromentfernung durchgeführt worden (Suva Dok 283). Im Weiteren sind am 16. März 2018 eine lokale Infiltration (Suva Dok 289) und schliesslich am 23. Juli 2020 eine erneute diagnostische

Kniegelenksarthroskopie durchgeführt worden (Arztbericht des Kantonsspitals Baselland vom 23. Juli 2020, Beilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 27. Juli 2020). Bis auf die Kosten des letzten operativen Eingriffs hat die Suva die entsprechenden Behandlungskosten alle übernommen. Seit dem 27. Juli 2018 sind in den Akten zusätzlich durch eine entzündliche Veränderung der Plantarfaszie verursachte Beschwerden am linken Fuss dokumentiert worden. Diese Fussbeschwerden hat die Kreisärztin Dr. E.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, in ihrer Beurteilung vom 8. Januar 2019 (Suva Dok 373) als nur in einem möglichen Zusammenhang mit dem erlittenen Unfallereignis bewertet. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass ein zeitnäheres Auftreten dieser Fussbeschwerden innerhalb weniger Monate nach der Prothesenimplantation im September 2016 zu erwarten gewesen wäre. Gestützt auf diese Einschätzung der Kreisärztin hat die Suva eine weitergehende Leistungspflicht am 22. Januar 2019 abgelehnt (Suva Dok 375), noch bevor sie in der Folge am 30. Januar 2019 mangels einer Erwerbseinbusse den Rentenanspruch des Versicherten verneint hat (Suva Dok 380).

5.2 Soweit die Suva in dieser Verfügung in Bezug auch auf die psychischen Einschränkungen des Versicherten ihre Leistungspflicht abgelehnt und in der Folge an dieser Entscheidung festgehalten hat, ist vorab festzustellen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2019 nicht zu beanstanden ist. Gemäss dem von der IV eingeholten psychiatrischen Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Oktober 2019 (IV-Dok 116) leidet der Versicherte nebst seinen somatischen Beschwerden zwar an einer reaktiven depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung. Auch wenn diese Krankheit die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50% einschränkt, kommt hierfür eine Leistungspflicht der Suva wegen fehlender Adäquanz aber nicht in Frage. Hintergrund bildet der Umstand, dass der Versicherte am 9. Dezember 2013 mit der Knie-distorsion lediglich einen Bagatellunfall erlitten hat (Suva Dok 1). Solche nur leichten Unfälle sind nicht geeignet, invalidisierende Gesundheitsschäden auch psychischer Natur zu bewirken (oben, Erwägung 3.3). Allfällige Folgen psychischer Beschwerden und deren Behandlungskosten (vgl. Arztberichte des behandelnden Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2020, Einzelbeilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 19. Mai 2020), können mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs daher von der Unfallversicherung nicht übernommen werden.

5.3 Während die Suva in Bezug auf die Fussbeschwerden einen überwiegend wahrscheinlichen natürlichen Kausalzusammenhang gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2019 (Suva Dok 373) ablehnt, hat sie den natürlichen Kausalzusammenhang in Bezug auf die Kniebeschwerden hingegen zu Recht anerkannt. Es kann in diesem Zusammenhang auf die diversen Einschätzungen ihres Kreisarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädie und Unfallchirurgie, verwiesen werden. Demnach stehen die aktuell auch weiterhin bestehenden Beschwerden im linken Knie klarerweise in einem überwiegend wahrscheinlichen im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfallereignis vom 9. Dezember 2013 (Suva Dok 54), bzw. sind als indirekte Unfallfolge auf die im Nachgang durchgeführten Operationen zurückzuführen (Suva Dok 91, 189, 248, 264; oben Erwägung 3.2). Weiter geht die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit den Einschätzungen der übrigen in die Sache involvierten Fachpersonen richtigerweise davon aus, dass der Versicherte seine angestammte Tätigkeit als Plattenleger als Folge dieser Beschwerden nicht mehr ausführen kann. Abweichend dazu geht sie in einer seinen

Leiden angepassten Verweistätigkeit allerdings von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus. Dabei stützt sie sich auf die kreisärztlichen Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ vom 26. März 2018 (Suva Dok 291) und vom 8. Januar 2019 (Suva Dok 373). Für das Zumutbarkeitsprofil hat Dr. E.\_\_\_\_ mit der Begründung, dass der Versicherte bereits im Jahr 2018 über die gleichen Beschwerden berichtet habe, jeweils auf die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2016 verwiesen. Daraus geht wiederum hervor, dass der Versicherte objektiv eine freie Beweglichkeit des linken Kniegelenks zeige. Subjektiv beschreibe er ein Instabilitätsgefühl. Eine gewisse Instabilität könne bezüglich des vorderen Kreuzbandes zwar nachvollzogen werden. Zumutbar seien dennoch ganztags mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten. Dabei sollte der sitzende Anteil einer solchen Tätigkeit überwiegen. Knien oder Kauern mit dem linken Kniegelenk seien nicht mehr möglich, ebenso wenig das Besteigen von Leitern oder Gerüsten; vermieden werden müssten sodann absturzgefährdete Positionen und ein Gehen auf unebenem Gelände. Von weiteren Behandlungen sei überwiegend wahrscheinlich keine namhafte Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (Suva Dok 170).

5.4 Im Nachgang zu dieser kreisärztlichen Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ ist am 28. September 2016 jedoch eine Hemiprothese eingesetzt und im weiteren Verlauf sind sodann verschiedene Arthroskopien durchgeführt worden, deren Heilbehandlungskosten die Suva weiterhin übernommen hat. Erst gestützt auf die Einschätzung ihrer Kreisärztin Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2019 hat die Suva mit Verfügung vom 30. Januar 2019 per Ende Januar 2019 implizit einen Endzustand angenommen und den Anspruch auf allfällige Dauerleistungen geprüft. Zeitlich nach dieser Verfügung hat allerdings die IV-Stelle ein rheumatologisches Teilgutachten von Frau Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, vom 30. September 2019 eingeholt (IV-Dok 117). Dr. J.\_\_\_\_ diagnostiziert in diesem Teilgutachten belastungs- und bewegungsabhängig verstärkte Knie-Dauerschmerzen links, Schmerzen an der distalen Achillessehne sowie an der Plantarfaszie links bei einem sekundär pathologischen Gangmuster, einer verkürzten Achillessehne sowie bei einem Fersensporn. Es bestehe medial und seit der Implantation der Teilprothese am linken Knie nun auch anterolateral eine Schmerzproblematik, die belastungs- und bewegungsabhängig zunehmen würde. Sekundär habe sich ein pathologisches Gangmuster etabliert, das zur Verkürzung der linken Achillessehne, zu einer leichten Tendinopathie und zu einer Plantarfasziitis geführt habe. Auch wenn sich die linksseitigen Knieschmerzen trotz mittlerweile umfangreicher Interventionen nicht eindeutig einer Pathologie zuordnen liessen und die mediale Teilprothese am linken Knie korrekt sitze, müsse das linke Knie aufgrund der mittlerweile seit Jahren andauernden Problematik als minderbelastbar eingestuft werden. Dabei müsse auch das sich sekundär entwickelte pathologische Gangbild mit seinen Folgeerscheinungen am Bewegungsapparat berücksichtigt werden, da es sich trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlung und guter Kooperation des Versicherten als therapeutisch nicht oder kaum beeinflussbar erwiesen habe und deshalb als funktionell angesehen werden müsse. Die Beschwerden und die resultierenden Einschränkungen würden durchgehend konsistent geschildert. Obschon die Schmerzproblematik keiner eindeutigen Pathologie zugeordnet werden könne, dürfe nicht von einer Inkonsistenz seitens des Versicherten gesprochen werden. Abweichend zur Einschätzung der Kreisärzte der Suva stünden deshalb auch die Beschwerden am linken Fuss in einem sekundären Zusammenhang mit dem Unfall sowie den Kniebeschwerden nach erfolgter Prothesenoperation. Ab Februar 2017 sei dem Ver-

sicherten eine leichte, maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne kniende Arbeiten, ohne Kauern, ohne ein Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten mit Absturzgefahr und ohne Gehen auf unebenem Gelände nur noch im Umfang von 75% zumutbar. Im Februar 2017 sei es zur Exazerbation der nunmehr im Vordergrund stehenden, jedoch bereits seit der Implantation der medialen Knieeileprothese vorhandenen anterolateralen Knieschmerzen links gekommen. Diese Verschlimmerung sei durch keine der angewendeten Therapiemassnahmen günstig zu beeinflussen gewesen, weshalb seither eine zusätzliche Reduktion der Leistungsfähigkeit infolge eines erhöhten Pausenbedarfs angenommen werden müsse. Diese Beurteilung stehe im Gegensatz zur Beurteilung der Kreisärzte der Suva. Eine volle Arbeitsfähigkeit könne dem Versicherten jedoch auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden. Die Schmerzproblematik sei zu ausgeprägt, als dass der Versicherte ohne zusätzliche Pausen einsatzfähig wäre. Dass von der Suva ein kausaler Zusammenhang auch der linksseitigen Fusspathologie mit der Begründung ausgeschlossen worden sei, dass diese erst Jahre nach dem Unfall aufgetreten sei, greife zu kurz. Das pathologische Gangmuster habe sich über die Jahre entwickelt. Dadurch sei es zu einer Fehlbelastung auch der Unterschenkelmuskulatur und zu weiteren Folgen gekommen. Aus rheumatologischer Sicht könnten keine Therapievorschlüsse mehr gemacht werden, welche sicher zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Die Optionen seien ausgeschöpft.

6.1 Was zunächst die Frage des Fallabschlusses und in diesem Zusammenhang die Ausrichtung weiterer Heilbehandlungskosten betrifft (oben, Erwägung 2), ist gestützt auf die bis heute vorhandenen Akten von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Bereits Dr. E. \_\_\_\_ war in ihrer Kurzbeurteilung vom 8. Januar 2019 zum Schluss gekommen, dass von weiteren Behandlungen keine namhafte Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne (Suva Dok 372). Ihre Beurteilung deckt sich mit den zuletzt ergangenen gutachterlichen Erwägungen von Dr. J. \_\_\_\_ (oben, Erwägung 5.4). Daraus geht hervor, dass sich das pathologische Gangbild mit seinen Folgeerscheinungen am Bewegungsapparat trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlung und offenbar guter Mitarbeit des Versicherten bereits in der Vergangenheit als therapeutisch nicht oder kaum mehr beeinflussbar erwiesen hat, und aus rheumatologischer Sicht deshalb keine Therapievorschlüsse mehr gemacht werden können, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Diese Einschätzung stimmt wiederum mit den Berichten der behandelnden Ärzte überein. So hat bereits zuvor das Centre I. \_\_\_\_ mit Bericht vom 17. April 2019 festgehalten, dass trotz eingehender Diskussion betreffend die therapeutischen Möglichkeiten keine Indikation für einen erneuten Eingriff bestehe (Suva Dok 451). Auch die behandelnden Ärzte des Spitals C. \_\_\_\_ haben festgehalten, dass die bislang veranlassenen Massnahmen keinerlei nachhaltigen Effekt gebracht haben (Suva Dok 443, ad Verlaufsbeurteilung). Übereinstimmend dazu hat auch der Versicherte ausgesagt, dass an medizinischen Therapien bislang einzig die Infiltration seines Kniegelenks eine zeitlich nur sehr beschränkte Wirkung gezeigt hat (Suva Dok 451, ad Verlauf). Mit Blick auf diese kongruente Aktenlage kann nicht davon gesprochen werden, von weiteren Behandlungen könne eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes erwartet werden, welche sich namentlich in einer namhaften Steigerung der Arbeitsfähigkeit niederschlagen wird. Dies aber wäre Voraussetzung, um die Beschwerdegegnerin weiterhin für

eine Übernahme von vorübergehenden Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlungskosten verpflichten zu können. Dass dem Versicherten mittlerweile von verschiedener Stelle zu einem Totalprotheseneinsatz geraten worden ist, ändert vorerst nichts daran (vgl. Sprechstundenbericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2020, Beilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. März 2020). Auch wenn nicht auszuschliessen ist, dass der Versicherte von einer Knie totalendoprothesenversorgung doch noch profitieren wird, ist das Ausmass einer allenfalls daraus resultierenden Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse im jetzigen Zeitpunkt noch unklar (Sprechstundenbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2020, Einzelbeilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2020). Als Zwischenergebnis ist auf der Basis der zumindest bis heute vorhandenen Aktenlage daher festzuhalten, dass die Suva berechtigt war, den Fallabschluss vorzunehmen und in der Folge die Rentenfrage zu prüfen (oben, Erwägung 2.2 f.; BGE 134 V 113 ff. E. 4).

6.2 Bei der hierfür erforderlichen Bemessung der dem Beschwerdeführer noch verbleibenden Restarbeitsfähigkeit ist die Suva letztlich gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 11. Mai 2016 (Suva Dok 170) von einer künftig noch vollzeitlich zumutbaren Beschäftigung in einer mittelschweren wechselbelastenden Verweistätigkeit ausgegangen (oben, Erwägung 5.3). Dies vermag nicht zu überzeugen. Es ist in Erinnerung zu rufen, dass ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, sobald auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner Feststellungen bestehen (oben, Erwägung 4.3.). So verhält es sich auch hier. Die gutachterlichen Feststellungen von Dr. J.\_\_\_\_ vom 30. September 2019 widersprechen offensichtlich dem bereits rund dreieinhalb Jahre zuvor festgelegten Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes der Suva. Alleine schon der lange Zeitraum zwischen diesen beiden Beurteilungen und die seither ergangenen Operationen und wiederholten Eingriffe sprechen gegen die Verlässlichkeit der gemäss Dr. E.\_\_\_\_ weiterhin gültigen Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ im Mai 2016 (oben, Erwägung 5.1). Zweifel an dem damals wie heute noch als massgebend herangezogenen Belastungsprofil manifestieren sich in erster Linie daran, dass dem Versicherten nach der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2016 am 28. September 2016 eine Hemiprothese eingesetzt worden ist (Suva Dok 200), in deren Verlauf nach weiteren Eingriffen in den Jahren 2017 und 2018 (Suva Dok 253 und 283) Ende Juli 2018 in den Akten erstmals durch eine entzündliche Veränderung der Plantarfaszie verursachte Beschwerden auch am linken Fuss dokumentiert worden sind. Diese Fussbeschwerden hat Dr. E.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 8. Januar 2019 (Suva Dok 373) zwar als nicht überwiegend wahrscheinliche Folge des erlittenen Unfallereignisses qualifiziert. Indessen widerspricht ihre Begründung auch in diesem Punkt den gutachterlichen Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_. Während die Kreisärztin davon ausgegangen ist, dass ein Auftreten der zusätzlichen Fussbeschwerden bereits innerhalb weniger Monate nach der Prothesenimplantation im September 2016 zu erwarten gewesen wäre, vertritt Dr. J.\_\_\_\_ die gegenteilige Auffassung, wonach das sekundär sich über längere Zeit entwickelte pathologische Gangbild mit seinen Folgeerscheinungen am Bewegungsapparat sehr wohl zu berücksichtigen sei und deshalb von einem reduzierten Pensum von lediglich 75% in einer Verweistätigkeit ausgegangen werden dürfe. Die unterschiedlichen Einschätzungen der beteiligten Expertinnen sind mithin in erster Linie auf eine divergierende Auffassung im Zusammenhang mit der Entstehungsdauer der übereinstimmend diagnostizierten Plantarfasziitis zurückzuführen. Wie es sich damit im Detail

verhält, und ob insbesondere auch die Fussbeschwerden als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge bei einer künftig noch zumutbaren Verweistätigkeit zu berücksichtigen sind, bleibt letztlich aber nur ungenügend abgeklärt. Daran vermag nichts zu ändern, dass Dr. J. \_\_\_\_\_ die einhergehende Schmerzproblematik keiner eindeutigen Pathologie zuordnen konnte. Für eine unfallkausale Berücksichtigung der Schmerzen und damit für eine allenfalls nur reduzierte zeitliche Belastbarkeit als mittelbare Folge der wiederholten Eingriffe am betroffenen Knie spricht nämlich, dass sich die aktuellen Beschwerden allenfalls auch im Rahmen des postoperativen Verlaufs nach Meniskusnaht erklären lassen (vgl. Sprechstundenbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2020, Einzelbeilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. Oktober 2020). Über eine dergestalt unfallbedingte Einschränkung einer künftig noch zumutbaren Verweistätigkeit ist den Akten aber ebenfalls keine abschliessende Beurteilung zu entnehmen. Schliesslich tritt hinzu, dass sich die Einschätzungen einerseits von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai 2016, auf welche Dr. E. \_\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen referenziert hat, und andererseits von Dr. J. \_\_\_\_\_ auch hinsichtlich ihrer qualitativen Anforderungen unterscheiden. Während Dr. H. \_\_\_\_\_ noch von einer mittelschweren Verweistätigkeit ausgegangen ist, hat Dr. J. \_\_\_\_\_ in Kenntnis dieser kreisärztlichen Beurteilung festgehalten, dass eine nur noch leichte, intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit zumutbar sei. Hintergrund dieser Divergenz ist gemäss den Ausführungen von Dr. J. \_\_\_\_\_ die seit Februar eingetretene Exazerbation der Knieschmerzen, welche von Dr. H. \_\_\_\_\_ im Mai 2016 aber noch unberücksichtigt geblieben ist. Ob darüber hinaus auch die Plantarfaszie als Unfallfolge im weiteren Sinne zu verstehen ist, oder ob mit der Kreisärztin Dr. E. \_\_\_\_\_ ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang der Fussbeschwerden mit dem Unfall verneint werden muss, fällt für ein künftiges Profil der Verweistätigkeit ebenfalls ins Gewicht. Jedenfalls kann nicht gesagt werden, bei einer angepassten Erwerbstätigkeit würden die Beschwerden auch am linken Fuss nicht allenfalls zu einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen.

6.3 Bei dieser Aktenlage kann nicht gesagt werden, die in den kreisärztlichen Beurteilungen vertretene Auffassung einer künftig ganztags zumutbaren mittelschweren Verweistätigkeit würde den Anforderungen an eine zweifelsfreie Feststellung medizinischer Verhältnisse standhalten, wie es für versicherungsinterne Einschätzungen rechtsprechungsgemäss erforderlich ist (oben, Erwägung 4.3). Gleiches gilt hinsichtlich der kreisärztlichen Einschätzung, dass die Fussbeschwerden des Versicherten mangels Fehlens jeglicher (teil-) unfallkausaler Ursachen bei dieser Zumutbarkeitsbeurteilung unberücksichtigt bleiben müssen. Eine für diese oder jene Expertenmeinung sprechende, überwiegende Wahrscheinlichkeit kann jedenfalls keine ausgemacht werden. Damit verbleiben Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung ihrer Kreisärzte.

7.1 Unbesehen dieser medizinischen Unzulänglichkeiten bestehen auch Zweifel hinsichtlich der Bemessung des für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Valideneinkommens. Gemäss Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad vorliegend aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 104 V 136). Rechtsprechungsgemäss sind dabei die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des (potentiellen) Rentenanspruchs massgebend (BGE 129 V 222, 128 V 174). Insbesondere bei der Bemessung des für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person in diesem Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit 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 des Gesundheitsschadens erzielt hat, auszugehen ist (Urteil I. des EVG vom 26. November 2002 [I 491/01], E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Hintergrund bildet die empirische Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2019, 9C\_239/2019, E. 2.2.1). Lässt sich auf Grund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, sind Erfahrungs- und Durchschnittswerte heranzuziehen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2). Auf diese darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 205 f.).

7.2 Vorliegend hat die Suva für das Valideneinkommen auf den vormals erzielten Lohn des Versicherten in seiner letzten Tätigkeit als Plattenleger bei der B.\_\_\_\_ GmbH abgestellt. Dabei scheint sie übersehen zu haben, dass die B.\_\_\_\_ GmbH im Februar 2016 Konkurs erlitten hat und am 12. Juli 2016 im Handelsregister gelöscht worden ist (vgl. [www.zefix.ch](http://www.zefix.ch)). Der Versicherte wäre deshalb heute bei guter Gesundheit nicht mehr dort angestellt. Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens zu Unrecht auf den zuletzt effektiv erzielten Lohn bei dieser Arbeitgeberin abgestellt hat (Suva-Dok 379). Richtigerweise hätte sie das Valideneinkommen anhand statistischer Durchschnittslöhne bemessen müssen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. März 2017, 8C\_741/2016, E. 6). Weil im Zeitpunkt der Verfügung der Suva vom 30. Januar 2019 die statistischen Daten des Jahre 2018 noch nicht zur Verfügung gestanden haben, ist zwecks Festlegung des Valideneinkommens von den Tabellenlöhnen der schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2016 auszugehen. Dabei stellt sich die Frage, ob es sich unter Umständen rechtfertigt, von einem Kompetenzniveau 2 auszugehen, wie es für Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung und ausgewiesener Berufserfahrung vorgesehen ist. Anhand der Akten ist letztlich aber nicht abschliessend zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer in dieses Kompetenzniveau fällt. Ersichtlich ist einzig, dass er in Frankreich ursprünglich eine Ausbildung zum Fliesenleger auf Niveau 5 abgeschlossen hat (Suva Dok 96). Ob und inwiefern diese Ausbildung mit einer Anlehre in der Schweiz vergleichbar ist, lässt sich nicht abschliessend beantworten. Die Beschwerdegegnerin hat hierzu keine Erhebungen getroffen und wird die entsprechenden Umstände deshalb auch in beruflicher Hinsicht näher zu untersuchen haben, bevor sie nach Abklärung auch der medizinischen Verhältnisse erneut über einen allfälligen Rentenanspruch zu befinden haben wird. Dabei wird sie zusätzlich zu berücksichtigen haben, dass der

Versicherte über eine jahrelange Berufserfahrung im Baugewerbe verfügt (Suva Dok 96). Im Rahmen des neu vorzunehmenden Einkommensvergleichs wird sie mit Blick auf die Ergänzung des medizinischen Sachverhalts schliesslich auch den vorinstanzlich gewährten leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen zu überprüfen haben.

8.1 Zusammenfassend bestehen Zweifel an der Vollständigkeit und der Schlüssigkeit der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen. Dies wird nachzuholen und dabei sogleich auch zu klären sein, ob mit Blick auf die gewonnenen Ergebnisse dieser ergänzenden medizinischen Abklärung nicht doch noch eine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse erwartet werden kann (oben, Erwägung 6.1; Sprechstundenbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2020, Einzelbeilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2020). Nur wenn weiterhin davon auszugehen ist, dass eine solche Verbesserung auch weiterhin nicht im Raum steht, wird die Suva mit Blick auf den erneut vorzunehmenden Einkommensvergleich nach ergänzenden Abklärungen auch zu den beruflichen Umständen einen Fallabschluss vornehmen können.

8.2 Der angefochtene Einspracheentscheid ist im Ergebnis demnach aufzuheben. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 139 V 100 E. 1.1, BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den massgebenden Sachverhalt nur unvollständig abgeklärt hat, und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG und zur ergänzenden Abklärung der beruflichen Umstände des Versicherten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Aktenergänzung wird sie in der Folge über die strittige Leistungseinstellung erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9. 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 das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Auf die Verlegung von Parteikosten ist bei dem anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführer zu verzichten.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren

(vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheidung an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für eine Rückweisungsentscheidung, mit der eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Suva vom 25. Oktober 2019 aufgehoben und die Angelegenheit wird zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.