



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. Februar 2017 (725 16 352 / 45)

Unfallversicherung

Ausrichtung von Heilbehandlungskosten und Taggeldern zu Recht gestützt auf die beweiskräftige vertrauensärztliche Beurteilung eingestellt

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1954 geborene A.____ arbeitet seit 1. Dezember 1987 bei der B.____. Am 14. September 2007 verletzte er sich bei einem Arbeitsunfall am rechten Knie. Der damalige zuständige Unfallversicherer erbrachte Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten bis 31. Oktober 2008. Nachdem sich A.____ aufgrund dieses Unfalls zum Bezug von Leistungen

bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) angemeldet hatte, sprach ihm die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Juni 2014 für die Leiden am rechten Knie mit Wirkung ab 1. Januar 2009 eine Viertelsrente zu.

B. Ein weiterer Unfall ereignete sich am 28. Dezember 2014, als A.____ auf der Langlaufloipe stürzte und sich dabei das linke Knie verdrehte. In der Folge unterzog er sich am 12. Mai 2015 im C.____ einer arthroskopischen medialen Teilmeniskektomie und einer Shelfresektion (vgl. Operationsbericht vom 12. Mai 2015). Für dieses Unfallereignis erbrachte die nun zuständige Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 11. Mai 2016 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie die Taggeldleistungen per 30. April 2016 und die Heilbehandlungskosten per 31. Mai 2016 einstelle. Der Vergleich zwischen dem Zumutbarkeitsprofil und dem Arbeitsplatzbeschreibung zeige, dass keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit mehr beständen und deshalb auch keine unfallbedingte Behandlung mehr notwendig sei. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 21. September 2016 ab.

C. Mit Eingabe vom 24. Oktober 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat Markus Schmid, Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die Suva in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentseides zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen für das Unfallereignis vom 28. Dezember 2014 über den 31. Mai 2016 hinaus weiterhin auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung liess er im Wesentlichen ausführen, dass die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung, welche der Einstellung der Versicherungsleistungen zugrunde liege, offensichtlich unrichtig sei. Er könne immer noch nicht alle beruflichen Tätigkeiten, welche er vor dem Unfallereignis ausgeübt habe, ausführen.

D. Die Suva schloss in ihrer Vernehmlassung vom 8. Dezember 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

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. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb 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 Einspracheentscheide 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 24. Oktober 2016 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die Suva zu Recht die Taggeldleistungen per 30. April 2016 und die Heilbehandlungskosten per 31. Mai 2016 einstellte.

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. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Heilbehandlungsleistungen sind vom Unfallversicherungsträger grundsätzlich so lange zu erbringen, wie von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). 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.

2.3 Die Arbeitsunfähigkeit, welche den Anspruch auf ein Taggeld auslöst, ist gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Eine Person gilt demnach als arbeitsunfähig, wenn sie infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann. Massgebend ist grundsätzlich die aufgrund ärztlicher Feststellungen ermittelte tatsächliche Unfähigkeit, am angestammten Arbeitsplatz nutzbringend tätig zu sein, nicht hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 114 V 283 E. 1c; RKUV 1987 Nr. U 27 S. 394 E. 2b, je mit Hinweisen). Liegt eine Arbeitsunfähigkeit von langer Dauer vor, so werden auch zumutbare Tätigkeiten in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG).

3.1 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. 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 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle an-

deren 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).

3.3 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 ist 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). Sodann erkennt die Rechtsprechung Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-) Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, zwar ebenfalls Beweiswert zu, es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4.1 Die Suva ist gestützt auf die kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilungen der Ansicht, dass es dem Versicherten möglich sei, die vor dem Unfall vom 28. Dezember 2014 ausgeführte Tätigkeit wieder auszuüben. Der Versicherte verneint dies unter Hinweis auf die Beurteilungen von Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E.____, praktische Ärztin. Dabei ist unbestritten, dass für die Beurteilung der Frage, ob der Versicherte wieder die Arbeitsfähigkeit gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG erlangt hat, diejenige Tätigkeit und dasjenige Pensum massgebend sind, welcher bzw. welchem er unmittelbar vor dem 28. Dezember 2014 nachging (vgl. auch BGE 135 V 287, E. 4). Bevor auf die medizinischen Einschätzungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nach dem Unfall vom 28. Dezember 2014 eingegangen wird, ist zu klären, welche Arbeiten er vor diesem Ereignis ausübte.

4.2.1 Den Akten sind mehrere Arbeitsplatzbeschreibungen des Versicherten zu entnehmen. Grund dafür ist, dass der Versicherte nicht nur Angaben zu seiner Tätigkeit vor und nach dem Unfall vom 28. Dezember 2014, sondern schon im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. September 2007 machte. In der Aufstellung "Arbeitsaufteilung - B.____" vom 14. Januar 2008 beschrieb er zunächst die Arbeiten, welche ein Ledertechniker und ein Autosattler allgemein ausführen. In Ziffern 2.7 und 2.8 gab er dann an, dass er vor dem ersten Unfall vom 14. September 2007 zu 50 % in der Geschäftsleitung und zu 50 % als Ledermöbel-Restaurator/Autosattler tätig gewesen sei. Seit diesem Unfall könne er nur noch "kaufmännische" Arbeiten ausführen. Seine Arbeitszeit betrage seit dem 3. Januar 2008 nur noch 4 Stunden pro Tag bzw. 20 Stunden pro Woche (vgl. Ziffer 2.9). Aus dem Arbeitgeberfragebogen der IV-Stelle vom 15. August 2008 ergibt sich sodann aus Ziffer 4, dass die Firma per 1. August 2008 einen neuen Mitarbeiter mit einem Arbeitspensum von 100 % angestellt hatte. Am 17. Mai 2010 teilte der Versicherte unter Bezugnahme auf die Aufstellung vom 14. Januar 2008 mit, dass er seit der Anstellung des neuen Mitarbeiters noch in folgenden Geschäftsbereichen tätig sei: Kundenbesuche, Beratung Offerten und Expertisen etc. (20 %), Geschäftsleitung, Administration Betriebsüberwachung (25 %) und Beschaffung von Lederhäuten, Material und Hilfsmittel (5 %). Dies entspreche einem Arbeitspensum von 50 % bzw. 4,5 Stunden pro Tag. Den Akten ist weiter zu entnehmen, dass die Arbeitgeberin am 1. Oktober 2012 ihr Geschäftsdomizil von Y.____ nach X.____ verlegte (vgl. Schreiben Jobprofil vom 18. Februar 2016). Gemäss den Angaben des Versicherten seien die neuen Räumlichkeiten viel grösser und umfassten ein Ober-, Erd- und Untergeschoss. Er müsse nun mehr Treppen steigen und habe grössere Gehstrecken zu bewältigen als zuvor (vgl. Schreiben des Versicherten vom 18. Februar 2016). Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass der Versicherte vor dem Unfall vom 14. September 2007 100 % arbeitete, wobei er als Geschäftsführer und als Ledertechniker tätig war. Nach diesem Unfall führte er gemäss seinen eigenen Angaben mindestens bis Frühling 2010 (vgl. Schreiben vom 17. Mai 2010) grundsätzlich keine handwerklichen Arbeiten mehr aus. Seine Tätigkeit beschränkte sich auf administrative Arbeiten, Kundenkontakte und Materialeinkäufe.

4.2.2 Nach dem zweiten Unfallereignis vom 28. Dezember 2014 fand erstmals am 12. März 2015 ein Interview der Suva mit dem Versicherten statt. Dort gab er an, dass er zur Zeit 50 % (= ca. 22 Stunden pro Woche) arbeite. Er führe aktuell nur noch Büro- und Kontrollarbeiten aus (vgl. auch Aktennotiz vom 12. März 2015). In den Schreiben vom 5. und 18. Dezember 2015 teilte der Versicherte sodann mit, dass er vor dem Unfall noch 70 % "mit ¼-Rente" (= ca. 30 Stunden pro Woche) gearbeitet habe. Seit dem Unfall könne er noch maximal 20 Stunden pro Woche seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen. Am 6. Februar 2016 füllte der Versicherte das Formular "Arbeitsplatzbeschreibung" aus. Aufgrund seiner unklaren Angaben besuchte ihn ein Suva-Mitarbeiter am 17. Februar 2016 im Betrieb. In der Folge korrigierte der Versicherte seine Arbeitsplatzbeschreibung vom 6. Februar 2016 handschriftlich. Daraus geht hervor, dass er seit dem zweiten Unfall nur noch Büro- und Kontrollarbeiten erledige und Kundenkontakt habe. Diese Tätigkeit übe er seit 1. August 2008 aus (vgl. S. 2 des Formulars). Vor dem Unfall habe er die Geschäftsleitung inne gehabt und die auf dem Formular mit einem * bezeichneten Arbeiten (Sitz-, Steh-, Sitz-Steh-, Bildschirmarbeitsplatz, visuelle Kontrolltätigkeit, Kundenkontakt und Teamarbeit) ausgeführt. Mit Schreiben vom 18. Februar 2016 zeigte er zudem auf, bei welchen Arbeiten, die er vor dem Unfall in einem 70%-Pensum "mit reduzierter Leistung" ver-

richtet habe, heute noch eingeschränkt sei. Dies seien Arbeiten im Stehen, Sitzen und Gehen, auf den Knien beim Aus- und Einbau von Lederteilen in Fahrzeugen, mit Bewegungen in die Hocke und zurück, mit Treppensteigen vom EG ins 1. OG und ins 1. UG. Der Versicherte ist der Ansicht, dass er im Vergleich zum vor dem Unfall ausgeübten 70%-Arbeitspensum nun eine um 30 % eingeschränkte Arbeitsleistung erbringe; d.h. er könne maximal 20 Wochenstunden arbeiten.

4.2.3 Die Angaben des Versicherten zu seiner Tätigkeit vor dem Unfall vom 28. Dezember 2014 sind verwirrend. Einerseits geht aus der am 17. Februar 2016 korrigierten Arbeitsplatzbeschreibung vom 6. Februar 2016 hervor, dass er seit 1. August 2008 nur noch Büro- und Kontrollarbeiten verrichte und für die Kundenkontakte zuständig sei. Andererseits kann aus diesem Schreiben und jenem vom 18. Februar 2016 der Schluss gezogen werden, dass sich sein Gesundheitszustand vom Frühjahr 2010 bis zum zweiten Unfall insofern verbesserte, als es ihm möglich war, nebst den administrativen Arbeiten inkl. Kundenkontakten auch wieder gewisse handwerkliche Verrichtungen vorzunehmen wie z.B. Lederteile in Fahrzeugen ein- und ausbauen. Die gleichen Unklarheiten sind auch für die Zeit nach dem zweiten Unfall festzustellen. So stellt sich auch hier die Frage, ob der Versicherte seit dem zweiten Ereignis nur noch Büro- und Kontrollarbeiten ausführt und Kundenkontakte pflegt oder auch noch handwerklich tätig ist. Desgleichen ist nicht klar, wie gross sein Arbeitspensum unmittelbar vor dem zweiten Unfall war. Gemäss seinen Ausführungen vom 5. Dezember 2015 habe er vor dem Unfall ca. 30 Stunden pro Woche gearbeitet. Er qualifizierte dieses Pensum mit 70 % "mit reduzierter Leistung" (vgl. auch Schreiben vom 7. Dezember 2015, Bemerkungen vom 18. Dezember 2015 zum Suva-Rapport vom 15. Dezember 2015). Gemäss der am 17. Februar 2016 korrigierten Arbeitsplatzbeschreibung vom 6. Februar 2016 gehe er hingegen seit der Anstellung des neuen Mitarbeiters per 1. August 2008 lediglich einem Arbeitspensum von lediglich 20 Wochenstunden nach. Die Angaben zum Arbeitspensum nach dem zweiten Unfall sind dagegen im Wesentlichen übereinstimmend. Danach sei er 20 - 22 Stunden pro Woche tätig, was bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 43 bzw. 45 Wochenstunden ca. einem 50%-Teilzeitpensum entspreche (vgl. Angaben vom 12. März 2015, 5., 7. und 15. Dezember 2015 sowie vom 17. und 18. Februar 2016).

4.3 Diesem Sachverhalt zufolge kommen zwei Arbeitsprofile in Frage, die auf die Tätigkeit des Versicherten vor und nach dem Unfall vom 28. Dezember 2014 zutreffen könnten: Entweder übte der Versicherte seit der ersten Anstellung des neuen Mitarbeiters per 1. August 2008 durchgehend nur noch administrative Tätigkeiten inkl. Kundenkontakte im Rahmen von ca. 20 Wochenstunden aus oder er erweiterte diesen Aufgabenbereich im Laufe der Zeit mit Handwerksarbeiten, so dass er bis zum zweiten Unfallereignis insgesamt 30 Wochenstunden arbeitete. Dieses Pensum, nicht aber das Tätigkeitsfeld reduzierte er nach dem zweiten Unfall auf ca. 50 %. Damit steht fest, dass er vor dem Unfall vom 28. Dezember 2014 höchstens zu 70 % bzw. 30 Wochenstunden erwerbstätig war. Die Frage, ob er vor und nach dem Unfall nebst den administrativen auch handwerkliche Arbeiten verrichtete bzw. verrichtet, verliert - wie in den nachfolgenden Erwägungen aufgezeigt wird - aufgrund der medizinischen Beurteilungen über die Arbeitsfähigkeit des Versicherten an Bedeutung. Zu Gunsten des Versicherten wird jedoch

im Folgenden davon ausgegangen, dass er vor und nach dem zweiten Unfall auch handwerklich tätig war bzw. ist.

5.1 Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind im Wesentlichen folgende Berichte von Relevanz:

5.2 Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2015 einen Status nach arthroskopischer, medialer Teilmenishektomie links vom 12. Mai 2015 und einen Status nach arthroskopischer, medialer Teilmenishektomie rechts im Jahr 2010. Aufgrund der Operation vom 12. Mai 2015 attestierte Dr. D.____ dem Versicherten vom 12. Mai bis 31. Mai 2015 eine 100%ige und vom 1. Juni 2015 bis 12. Juli 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab 13. Juli 2015 sei der Versicherte wieder zu 100 % arbeitsfähig. Am 5. Januar 2016 berichtete er von einem verzögerten postoperativen Verlauf. Er schrieb den Versicherten ab 19. Oktober 2015 zu 30 % (= 4 Stunden täglich) arbeitsunfähig. In den Handnotizen vom 18. und 19. April 2016, 19. Mai 2016, 6. Juli 2016 und 2. August 2016 berichtete Dr. D.____ über einen instabilen Zustand, der sich nach einer Physiotherapie-Wechsel etwas gebessert habe. Es sei eine Re-Arthroskopie im August 2016 in Aussicht gestellt worden. Der Versicherte habe aber vorläufig keinen weiteren operativen Eingriff gewünscht.

5.3 Der Kreisarzt Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchte den Versicherten erstmals am 10. März 2016. In seinem Bericht vom 11. März 2016 stellte er einen protrahierten Verlauf fest. Nach einer Innenmenis-kusteilresektion sei in den allermeisten Fällen grundsätzlich zu erwarten, dass die Arbeitsfähigkeit innert Wochen wiederhergestellt sei. Die Prognose sei daher immer noch gut. Aufgrund der geklagten Blockaden mit anschliessenden Schwellungen stehe eine weitere Arthroskopie im Raum. Diese sei jedoch nicht aus "vitaler" Indikation notwendig. Sollte sich der Versicherte gegen eine Arthroskopie entscheiden, sei eine Zumutbarkeitsbeurteilung vorzunehmen. Als feststand, dass sich der Versicherte gegen eine Operation aussprach, erstellte Dr. F.____ am 19. April 2016 ein Zumutbarkeitsprofil. Danach seien dem Versicherten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen wechselbelastende, leichte, gelegentlich auch mittelschwere Arbeiten zuzumuten. Es seien jedoch Intervalle mit Stehen und Gehen von über 30 bis 40 Minuten zu vermeiden. Gelegentliches Treppensteigen, Knien und Hocken seien möglich, jedoch nicht in dauerhaften Zwangshaltungen. Ebenso sei das Klettern auf Leitern und Gerüsten in Einzelfällen zumutbar, solange diese Tätigkeiten nicht häufig und dauerhaft seien. An dieser Einschätzung hielt der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 6. Juni 2016 fest.

5.4 Am 14. Oktober 2016 äusserte sich Dr. E.____ im Rahmen des IV-Verfahrens unter anderem zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Danach seien ihm längeres Stehen und Sitzen über 2 Stunden, Heben und die Ausführung von Arbeiten in vornübergebeugter Haltung schmerzbedingt nicht möglich. In seiner angestammten Tätigkeit als Polsterer und Autosattler sei er in seiner Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt.

6.1 Die Suva stütze sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die kreisärztlichen Beurteilungen vom 10. März 2016 und 18. April 2016. Die vorinstanzliche Beweiswürdigung ist

nicht zu beanstanden. Die Frage, welche Auswirkungen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten haben, kann gestützt auf die Einschätzung von Dr. F.____ zuverlässig beantwortet werden. Seine Beurteilung ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Gestützt auf die kreisärztlichen Berichte steht fest, dass der Versicherte die vor dem Unfall ausgeübten (handwerklichen und administrativen) Tätigkeiten ab Untersuchungszeitpunkt wieder ausüben kann.

6.2 Daran ändern auch die Berichte von Dr. D.____ und Dr. E.____ nichts, welche dem Versicherten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden täglich bzw. 50 % bescheinigen. Die Beurteilungen von Dr. D.____ sind äussert knapp gehalten und geben keinen Aufschluss darüber, auf welche konkrete Tätigkeit sich seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung bezieht und welche Arbeiten der Versicherte nicht mehr ausführen kann. Für die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit kann deshalb nicht darauf abgestellt werden. Was den Bericht von Dr. E.____ vom 14. Oktober 2016 anbelangt, übersieht der Versicherte, dass deren Einschätzung lediglich für die angestammte Tätigkeit als Polsterer und Autosattler gilt. Äusserungen zur Arbeitsfähigkeit in Bezug auf Büro- und Kontrollarbeiten inkl. Kundenkontakte fehlen. Ihre Zumutbarkeitsbeurteilung weicht zudem nicht wesentlich von derjenigen des Kreisarztes ab. So geht auch Dr. E.____ davon aus, dass dem Versicherten rein sitzende und rein gehende Tätigkeiten nicht mehr zuzumuten seien. Sie ist übereinstimmend mit dem Kreisarzt der Ansicht, dass er solche Arbeiten im Wechsel ausführen könne. Desgleichen sind beide der Auffassung, dass gelegentliches Treppensteigen und Gehen zu 50 % möglich seien. Die Beurteilungen weichen nur in Bezug auf das Heben von Lasten und das Knien voneinander ab. Während der Kreisarzt davon ausgeht, dass der Versicherte grundsätzlich leichte, gelegentlich auch mittelschwere Lasten heben und knien könne, erachtet Dr. E.____ dies als gar nicht mehr zumutbar. Desgleichen sei es dem Versicherten nicht mehr möglich, sich vornüberzubeugen. Eine überzeugende Begründung dafür ist ihrem Bericht vom 14. Oktober 2016 jedoch nicht zu entnehmen, weshalb dieser Beurteilung keine ausschlaggebende Beweiskraft zukommen kann. Selbst wenn auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. E.____ abzustellen wäre, ist aufgrund ihrer Einschätzung, welche lediglich im Hinblick auf die Tätigkeiten eines Polsterers und Autosattlers Geltung hat, der Schluss zu ziehen, dass der Versicherte in der Ausführung von administrativen Tätigkeiten inkl. Kundenkontakten weit mehr als zu 70 % arbeitsfähig ist. Es sollte ihm daher ohne weiteres möglich sein, in einem 70%-Arbeitspensum administrative und in einem gewissen Umfang dem Leiden angepasste handwerkliche Arbeiten zu erledigen. Damit steht fest, dass es dem Versicherten zumutbar ist, spätestens seit der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 19. April 2016 die vor dem Unfall vom 28. Dezember 2014 ausgeübten in Erwägung 4.4 beschriebenen Tätigkeiten im Umfang von mindestens 70 % wieder auszuüben. Aus diesem Grund ist die Einstellung der Taggelderleistungen per 30. April 2016 nicht zu beanstanden. Da der Versicherte spätestens seit 19. April 2016 die vor dem Unfall vom 28. Dezember 2014 bestandene Arbeitsfähigkeit gemäss der hier massgebenden kreisärztlichen Beurteilung wieder erlangt hat, ist davon auszugehen, dass die Voraussetzungen für die Einstellung der Heilbehandlungskosten gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG erfüllt sind. Die Einstellung der Heilbehandlungs-

kosten per 31. Mai 2016 erweist sich somit als korrekt. Nichts anderes ergibt sich aus dem Umstand, dass eine Re-Arthroskopie im August 2016 in Aussicht gestellt wurde. Ist nämlich der Versicherte wieder in der Lage, seiner vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit im gleichen Umfang nachzugehen, so sind die Heilbehandlungskosten einzustellen, selbst wenn der Gesundheitszustand durch eine Re-Arthroskopie noch verbessert werden könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2009, 8C_432/2009, E. 5.1).

6.3. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Suva den Anspruch des Versicherten auf Leistungen (Taggelder und Heilbehandlungskosten) über den 30. April 2016 bzw. 31. Mai 2016 hinaus zu Recht ablehnte. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Mai 2016 erweist sich damit als korrekt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, 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. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>