



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. August 2022 (725 22 67 / 185)

Unfallversicherung

Beweiswert des versicherungsinternen Arztberichtes; Prüfung des Zeitpunkts des Fallabchlusses

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. A._____, geboren 1967, arbeitete ab 1. Januar 2013 bei der B.____ AG als Chauffeur und war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 18. September 2013 kam er am 9. Januar 2013 während der Arbeit auf Schnee ins Rutschen und verdrehte sich das rechte Knie. Die ärztliche Erstbehandlung erfolgte am 22. Juli 2013, wo nach bildgebenden Abklärungen eine Meniskusläsion rechts diagnostiziert wurde. In der Folge erbrachte die Suva die gesetzlichen Versicherungsleistungen und übernahm

insbesondere die Kosten für eine arthroskopische partielle Meniskektomie, die im Oktober 2013 durchgeführt wurde. Die ärztliche Behandlung wurde im Dezember 2013 abgeschlossen. Am 19. März 2014 meldete der Versicherte bei der Suva einen Rückfall. Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen verneinte die Suva mit Verfügung vom 29. April 2015 mangels Unfallkausalität ihre Leistungspflicht für die weitere medizinische Behandlung, namentlich für eine im Juni 2014 vorgenommene Umstellungsosteotomie. Dagegen erhob der Krankentaggeldversicherer von A.____ Einsprache. Mit Schreiben vom 14. April 2017 zog die Suva die angefochtene Verfügung zurück und sicherte dem inzwischen in C.____ wohnhaften Versicherten die gesetzlichen Leistungen auch für den Rückfall zu. Im weiteren Verlauf erbrachte die Suva für die Folgen der sich entwickelnden Gonarthrose immer wieder Leistungen, namentlich richtete sie Taggeldleistungen aus und übernahm die Kosten für eine stationäre Rehabilitation. Mit Verfügung vom 6. November 2020 sprach sie ihm eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 15 % zu. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Mit Schreiben vom 5. Oktober 2021 teilte die Suva A.____ mit, dass durch eine weitere Behandlung keine wesentliche Verbesserung des unfallbedingten Zustands mehr erreicht werden könne, weshalb sie die Übernahme der Heilbehandlung und die Ausrichtung von Taggeldern per 30. November 2021 einstellen und den Anspruch auf eine Rente ab 1. Dezember 2021 prüfen werde. Mit Verfügung vom 1. November 2021 verneinte sie den Anspruch auf eine Rente, da keine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorliege. Die dagegen vom Versicherten mit Eingabe vom 7. November 2021 erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 25. Januar 2022 ab, im Wesentlichen mit der Begründung, dass gemäss den übereinstimmenden Einschätzungen ihres Kreisarztes und von Dr. med. G.____ dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeit zumutbar sei. Stelle man dem beim letzten Arbeitgeber in der Schweiz erzielten indexbereinigten Lohn den Tabellenlohn gemäss LSE 2018, TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, gegenüber, so resultiere auch bei Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % noch keine Erwerbseinbusse, sodass ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 0 % abzulehnen sei.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____ mit Eingabe vom 14. Februar 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Ausrichtung einer Rente. In der Begründung legte er dar, dass ihm ein Vollzeitpensum nicht zugemutet werden könne. Er habe verschiedene Arztberichte, aus denen hervorgehe, dass mit einer deutlichen Verschlechterung zu rechnen sei, wenn er diese Leistung auf dem Arbeitsmarkt erbringen müsste, was er auch schon versucht habe. Zudem gehe der Kreisarzt davon aus, dass die verwertbare Arbeitskraft mit vielen Einschränkungen verbunden sei, weshalb die Verrichtung einer Arbeit im Rahmen des Zumutbaren nicht einem 100 % Pensum entsprechen könne. Die Arztberichte von Dr. G.____ seien in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nie ausführlich besprochen worden. Er habe angegeben, dass er in angemessenem Umfang in der Lage sei, die restliche Arbeitskraft zu testen. Zusätzlich habe er keine Krankmeldung gebraucht, da er von der Niederlassung eine Betreuerin gehabt habe, die mit ihm die beruflichen Perspektiven am Arbeitsmarkt besprochen und die versucht habe, ihm eine neue Anstellung zu verschaffen, was aber an seinen Einschränkungen

gescheitert sei. Er habe selbst eine neue Anstellung gefunden, die er aber aufgrund seiner Einschränkungen nur zu 50 % erfüllen könne. Er habe Tage, an denen es ihm schwerfalle, dieses Pensum durchzuhalten. So oder so komme er nicht ohne die tägliche Einnahme von Schmerzmitteln aus. Völlig ausser Acht gelassen werde, dass er durch die Schonhaltung des rechten Beines das linke so überbeanspruche, dass er da schon einen Meniskusriess erlitten habe. Durch die Schonhaltung seien das linke Knie und die Wirbelsäule geschädigt. Er frage sich, ob ein volles Arbeitspensum verhältnismässig sei, da er damit seine restliche Arbeitskraft gefährde und wieder einen Rückfall erleiden und zu 100 % ausfallen könnte. Hinzu komme, dass ein angestellter Arzt immer einen positiven Bericht zugunsten seines Unternehmens ausstelle. Er bekomme nicht einmal mehr ein Gespräch bei seinem Arzt und er könne auch nicht bei einem anderen Arzt vorsprechen. Er müsse aber weiterbehandelt werden, um einer Verschlechterung entgegen zu wirken und den Erhalt der Restarbeitsfähigkeit nicht zu gefährden.

C. Auf entsprechende Aufforderung hin teilte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 8. März 2022 mit, dass gestützt auf ihre Akten davon auszugehen sei, dass sich der letzte schweizerische Wohnsitz des Beschwerdeführers in einer Gemeinde des Kantons Basel-Landschaft befunden habe, womit die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts bejaht werden könne. Mit Beschwerdeantwort vom 21. März 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 22. März 2022 wurde die Angelegenheit dem Dreiergericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1, Art. 57 und 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer über Versicherungsleistungen beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die betroffene versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hatte. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG, 1. Satzteil). Der Beschwerdeführer wohnt in C.____. Sein letzter schweizerischer Wohnsitz befand sich in E.____, Kanton Basel-Landschaft. Demnach ist das Kantonsgericht örtlich für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Gemäss § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherer, weshalb auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde einzutreten ist.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre vorübergehenden Leistungen für das Unfallereignis vom 9. Januar 2013 zu Recht per 30. November 2021 einstellte und die Ausrichtung einer Rente ablehnte.

3.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden jedoch nach bisherigem Recht ausgerichtet (Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend noch auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug zu nehmen ist.

3.2 Nach 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). 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 Unfall und 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. Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldeleistungen dahin. Die verunfallte Person hat solange Anspruch auf Heilbehandlung, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1, 134 V 109 E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_739/2020, E. 3 mit Hinweisen).

3.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zudem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.4 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 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 f. E. 4.4 und 4.5).

4.1 Der entscheidungswesentliche medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

4.2 Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Kreisarzt der Beschwerdeführerin, untersuchte den Beschwerdeführer am 7. August 2020 persönlich. In seiner Beurteilung vom 11. August 2020 (act. 239) führt er aus, dass der Versicherte am 9. Januar 2013 eine Läsion des medialen Meniskus erlitten habe. Im weiteren Verlauf sei 2013 eine Teilmeniskektomie medialseitig erfolgt und dann bei zunehmender Varusfehlstellung im Jahr 2014 eine Tibiavalgisationsosteotomie und im Jahr 2016 eine Metallentfernung der eingelegten Platte. Nun habe sich im Bereich des rechten Kniegelenks eine deutliche Varusgonarthrose gebildet. Gerade auf der aktuellen Röntgendiagnostik vom Mai 2020

sei diese eindeutig zu erkennen. Klinisch seien Ruhe- und Belastungsschmerzen vorhanden. Insgesamt bestehe eine gute Kompensation der Beschwerdesymptomatik. Das Streckdefizit von 5° im Bereich des rechten Kniegelenkes beeinträchtige den Versicherten deutlich. Insgesamt sei aufgrund der klinischen und radiologischen Situation nun von einem medizinischen Endzustand auszugehen. Mit dem Versicherten sei die Situation ausführlich besprochen worden. Die Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezogen auf das rechte Kniegelenk sehe eine leicht bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit vor, die ganztags ausgeübt werden könne. Das Besteigen von kürzeren Trittleitern mit bis zu 10 Tritten sei zumutbar. Nicht zumutbar seien das Besteigen von höheren Trittleitern oder Gerüsten, das Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen und das Gehen in unebenem Gelände. Vibrationsbelastungen für die unteren Extremitäten seien ebenfalls nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit bestehe im Rahmen des Zumutbaren. Aufgrund der unfallbedingten Problematik im Bereich des rechten Kniegelenks sei dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur nicht mehr im bisherigen Umfang zumutbar. Mit Email vom 14. August 2020 (act. 244) präzisiert Dr. F.____ seine Einschätzung auf Nachfrage der Administration dahingehend, dass "leicht bis mittelschwer" ein Gewicht von 15 kg bedeute.

4.3 Im Bericht vom 24. September 2020 (act. 260) diagnostiziert Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, eine posttraumatische Gonarthrose. Weitere Massnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung seien nicht erforderlich. Der Versicherte habe sich aufgrund von Schmerzen im rechten Kniegelenk vorgestellt und gebe an, dass die Schmerzen stetig zunehmen würden und er sich schon mit dem Gedanken, einen Oberflächenersatz vornehmen zu lassen, auseinandergesetzt habe. In Bezug auf die aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde hält Dr. G.____ fest, dass keine Änderung zum Vorbefund bestehe. Bei Durchsicht der Kernspinnbilder finde sich eine deutlich medial betonte Gonarthrose mit völlig aufgebrauchtem Gelenkspalt, osteophytären Anbauten und Varusfehlstellung, Status nach Umstellungsosteotomie, lateralseits deutlich bessere Knorpelverhältnisse, allenfalls Grad 1, retropatellar 1-2. Der Versicherte sei weiterhin arbeitsfähig. Mit Bericht vom 8. Februar 2021 (act. 272) diagnostiziert Dr. G.____ eine posttraumatische Gonarthrose. Der Versicherte benötige Schmerzmittel und Krankengymnastik. Er klage noch über Belastungsschmerzen im Kniegelenk. Als Untersuchungsbefund wird eine Kniegelenksbewegung Extension Flexion 0/15/90° festgehalten sowie eine Varusfehlstellung des Kniegelenks. Er verordnete eine neue Kniegelenksbandage und Tili-din sowie Physiotherapie. Der Versicherte sei arbeitsfähig. Im Bericht vom 12. Mai 2021 (act. 283) hält Dr. G.____ bei gleicher Diagnose fest, dass der Versicherte über eine zunehmende Beschwerdesymptomatik und eine Bewegungseinschränkung im rechten Knie klage. Klinisch zeige sich ein unauffälliger Befund am rechten Kniegelenk, keine Schwellung, kein Erguss, die Bänder seien stabil, keine Meniskuszeichen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit Extension Flexion 0/10/90°. Der Versicherte berichte von zunehmenden Schmerzen im Laufe des Tages. Dr. G.____ attestiert erneut eine Arbeitsfähigkeit. Schliesslich berichtet er am 7. Juli 2021 (act. 292) bei gleichlautender Diagnose, dass der Versicherte subjektiv keinen wesentlichen Befundwandel angegeben habe. Weiterhin bestünden intermittierende Belastungsschmerzen, vor allem am Knie innenseitig. Als Befund hält er fest: "Knie rechts: Diskrete periartikuläre Schwellung. Minimaler Gelenkerguss suprapatellar. Extension Flexion 0/10/90°, endgradig schmerzhaft. Druckdolenz

über dem medialen Gelenkspalt. Bandapparat stabil. PDMS intakt". Die Arbeitsfähigkeit sei gegeben. Mit Bericht vom 9. September 2021 (act. 296) stellt Dr. G._____ fest, dass zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab 7. Juli 2021 keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich sei.

4.4 In der Folge unterbreitete die Beschwerdegegnerin Dr. F._____ die Berichte von Dr. G._____. Mit Aktennotiz vom 21. September 2021 (act. 297) kommt Dr. F._____ zum Schluss, dass der Endzustand am rechten Knie eingetreten sei. Die neu eingegangenen medizinischen Unterlagen würden nichts an der Zumutbarkeitsbeurteilung vom 7. August 2020 ändern und den Berichten von Dr. G._____ seien keine wesentlichen medizinischen Veränderungen zu entnehmen.

4.5 Schliesslich liegt der Bericht von Dr. G._____ vom 27. September 2021 (act. 300) bei den Akten. Bei gleichgebliebener Diagnose führt er aus, dass ein deutlich rechts hinkendes Gangbild bestehe. Die Beschwerden seien unverändert. Das Kniegelenk werde möglichst lange in einer Schonhaltung gehalten, um die Beschwerden gering zu halten. Der Bewegungsumfang betrage schmerzbedingt Extension Flexion 0/10/90°, danach seien die Schmerzen vor allem retropatellar unerträglich. Eine Arbeitsfähigkeit sei gegeben.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Beurteilung von Dr. F._____. In Bezug auf den Beweiswert des kreisärztlichen Untersuchungsberichts vom 20. August 2020 ist festzuhalten, dass den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte rechtsprechungsgemäss nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Diese internen Berichte sind aber zu berücksichtigen, wenn keine – auch nur geringen – Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen. Bestehen derartige geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

5.2 Es ist festzustellen, dass sich der kreisärztliche Untersuchungsbericht von Dr. F._____ vom 20. August 2020 mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzt. Dr. F._____ konnte seine Einschätzungen zudem nicht nur auf seine eigenen klinischen Befunde, die er anlässlich einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers erhoben hatte, abstützen, sondern auch auf zuvor getätigte spezialärztliche Abklärungsergebnisse (vgl. dazu Austrittsbericht der Klinik H._____ vom 21. November 2019, act. 174). Weiter nimmt der Kreisarzt eine nachvollziehbare Beurteilung des Erreichens des medizinischen Endzustands vor. Auch die Einschätzungen des Gesundheitszustands des rechten Kniegelenks sowie der unfallbedingten Arbeitsfähigkeit erscheinen schlüssig. Wie von der Beschwerdegegnerin festgestellt, widersprechen die Berichte von Dr. G._____ den Ausführungen von Dr. F._____ nicht. Beide Fachärzte gehen vom Erreichen des medizinischen Endzustands aus und attestieren dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit. Auch den Akten der Beschwerdegegnerin können keine anderslautenden medizinischen Einschätzungen entnommen werden. Auch reicht der Beschwerdeführer keine Arztberichte ein, aus denen hervorgehen würde, dass eine angepasste Tätigkeit, wie sie von Dr. F._____ umschrieben wurde, zu einer Verschlimmerung des Gesundheitsschadens

führen würde. Es besteht damit grundsätzlich kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. F.____ zu zweifeln.

5.3.1 Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach der Versuch, ihm eine neue Anstellung zu verschaffen, aufgrund der Einschränkungen gescheitert sei, und er zwar selbst eine neue Anstellung gefunden habe, diese aber nur zu 50 % erfüllen könne, vermag die Beurteilung von Dr. F.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Ob eine versicherte Person tatsächlich eine leidensangepasste Tätigkeit findet, ist für die Bestimmung des Invaliditätsgrads und damit des Anspruchs auf eine Rente nicht von Relevanz.

5.3.2 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Beschwerdegegnerin lasse völlig ausser Acht, dass durch die Schonhaltung des rechten Beines das linke Knie und die Wirbelsäule geschädigt worden seien. Den bei den Akten liegenden medizinischen Berichten ist aber nicht zu entnehmen, dass das linke Knie und die Wirbelsäule durch die Schonhaltung geschädigt worden wären. Dem Bericht der Klinik H.____ vom 21. November 2019 sind als Diagnosen die bereits bekannte posttraumatische Gonarthrose rechts, ein Belastungsschmerz bei operativ versorgter Meniskusruptur links vom 14. Oktober 2019 und eine Impingementsymptomatik beider Schultern bei Status nach Schulter-OP rechts und links in den Jahren 2007 und 2011 zu entnehmen. Weitere gesundheitliche Beschwerden wie das vom Beschwerdeführer vorgetragene Rückenleiden sind dort nicht aufgeführt. Aufgrund der Tatsache sodann, dass weder die Beschwerden im linken Knie noch die Schulterbeschwerden kausal auf das bei der Beschwerdegegnerin versicherte Unfallereignis vom 9. Januar 2013 zurückzuführen sind, sind sie bei der Beurteilung der Zumutbarkeit der Restarbeitsfähigkeit von Dr. F.____ richtigerweise unberücksichtigt gelassen worden.

5.3.3 Schliesslich stellt der Beschwerdeführer die Unabhängigkeit von Dr. F.____ in Frage, indem er einwendet, es sei fraglich, ob dieser als Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin die Sache unabhängig beurteilen könne. Dazu ist festzuhalten, dass der Versicherungsträger bei der Prüfung der Begehren auch den Sachverstand versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbeziehen darf (vgl. zum Ganzen BGE 135 V 465). Gerade aber wegen der Nähe der Kreisärzte zum Versicherungsträger werden erhöhte Anforderungen an die Qualität ihrer Beurteilungen gestellt und – wie bereits in Erwägung 6.1 hiervor ausgeführt – genügen bereits geringe Zweifel, um deren Beweiswert aufzuheben. Im vorliegenden Fall sind keine geringen Zweifel an den Beurteilungen von Dr. F.____ angebracht. Ein persönlicher Ausstandsgrund gegen Dr. F.____ wird weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht noch ist ein möglicher Grund ersichtlich, so dass auch dieser Einwand nicht gehört werden kann. Damit ist zum Schluss zu gelangen, dass keine auch nur geringen Zweifel an der Beweiskraft der Beurteilung von Dr. F.____ angezeigt sind.

5.4 Da sowohl Dr. G.____ als auch Dr. F.____ feststellten, dass vom medizinischen Endzustand auszugehen sei, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) per 30. November 2021 einstellte. Weiter ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung des Rentenanspruchs gestützt auf die beweiskräftigen medizinischen Beurteilungen von Dr. F.____ vornahm. Es ist folglich davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer ganztags eine leicht bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit dem Besteigen von kürzeren Trittleitern mit bis zu 10 Tritten zumutbar ist. Nicht zumutbar sind das Besteigen von höheren Trittleitern oder Gerüsten, das Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen und das Gehen in unebenem Gelände. Vibrationsbelastungen für die unteren Extremitäten sind ebenfalls nicht zumutbar.

6. Gegen die konkrete Berechnung des Valideneinkommens gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin und die Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf die LSE Tabellenlöhne 2018 sowie die konkrete Berechnung des Invaliditätsgrads erhob der Beschwerdeführer keinen Einwand. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den vorgenannten Berechnungsparametern. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid und in der Verfügung vom 1. November 2021 verwiesen werden. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Januar 2022 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

7. Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird dem Ausgang des Verfahrens entsprechend nicht ausgerichtet.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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