



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Mai 2022 (725 21 232 / 112)

Invalidenversicherung

Fallabschluss, adäquater Kausalzusammenhang, Würdigung des medizinischen Sachverhalts.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Martin Kaiser, Advokat, Advokatur am Dreispitz, Bordeaux-Strasse 5, 4053 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1982 geborene A.____ war bei der B.____ GmbH als Hilfsmonteur tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 31. August 2017 erlitt er einen Unfall, als er sich beim Vertragen eines Fensters das Knie an einem Gerüst anschlug. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten eine Bursitis präpatellaris (Schleimbeutelentzündung). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Mit Schreiben vom 20. November

2020 teilte sie dem Versicherten mit, dass der Fall grundsätzlich abgeschlossen und die vorübergehenden Versicherungsleistungen per 28. Februar 2021 eingestellt würden. Gleichzeitig wies sie ihn darauf hin, dass man zur Prüfung der Frage übergehe, ob weitere Versicherungsleistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) ausgerichtet werden könnten. Mit Verfügung vom 17. Februar 2021 sprach die Suva dem Versicherten eine UVG-Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 21% sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 15% zu. Daran hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 11. Juni 2021 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Dr. Martin Kaiser, Advokat, mit Eingabe vom 13. August 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin sei in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es seien ihm ab März 2021 bis auf Weiteres UVG-Taggelder auszubezahlen sowie die ganzen Behandlungskosten zu übernehmen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und es sei betreffend Rente der IV-Grad neu, d.h. höher als 21% zu berechnen. Allenfalls sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks weiterer Abklärungen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dass die Leistungseinstellung zu früh erfolgt sei. Es seien noch immer unfallbedingte Heilbehandlungen notwendig. Ferner sei er lediglich zu 50% arbeitsfähig. Schliesslich sei ihm ein leidensbedingter Abzug an der oberen Grenze der maximal möglichen 25% zu gewähren.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. September 2021 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde.

D. Zur Vervollständigung der Akten zog das Kantonsgericht in der Folge bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das IV-Dossier des Versicherten bei und räumte den Parteien Gelegenheit ein, zu den beigezogenen IV-Akten Stellung zu nehmen. Die Parteien machten hiervon mit Eingaben vom 12. November 2021 bzw. 7. Dezember 2021 Gebrauch.

E. In einer weiteren Eingabe vom 18. März 2022 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 28. Januar 2022 einreichen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbe-

handlung). 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 Prozent 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 Prozent invalid ist, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat.

3. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 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 entfielen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, zu deren Beantwortung die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – auf ärztliche Erkenntnisse angewiesen ist. Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b 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 vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch 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 Gesund-

heitszustand 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 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 wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich entscheidrelevante Arztberichte wiedergegeben.

5.2 Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten beim Versicherten eine Bursitis präpatellaris, die am 27. September 2017 eine Bursektomie indizierte (vgl. Operationsbericht des Spitals D._____ vom 27. September 2017, IV-act. 15).

5.3 Im Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 20. Oktober 2017 wurde bei einem Status nach Bursektomie Knie rechts am 27. September 2017 bei Bursitis präpatellaris eine mässiggradige Degeneration des Gelenks ohne klar korrelierenden, strukturelevanten Befund erhoben. Ferner wurde die Durchführung von Physiotherapie zur Schmerzlinderung und Mobilisation des Kniegelenks empfohlen. Für die Zeit vom 17. Oktober 2017 bis 26. November 2017 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

5.4 Mit Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 21. November 2017 wurde von einer zunehmenden Rötung, Schwellung und Überwärmung des rechten Kniegelenks berichtet. Des Weiteren wurde eine Hautläsion am proximalen Wundpol festgestellt. Aktuell bestehe kein Anhalt für einen Infekt. Am ehesten handle es sich um ein Fadengranulom der Subkutannaht. Der Patient werde angehalten, nicht an der Wunde zu manipulieren.

5.5 Aufgrund der persistierenden Beschwerden und einer unklaren Schwellung/Hautläsion am proximalen Wundpol sowie eines Verdachts auf eine Wundheilungsstörung mit chronischer sekundärer Superinfektion erfolgte am 2. März 2018 eine Wundrevision und Bursektomie (vgl. Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 21. Februar 2018, Suva-act. 37).

5.6 Mit Stellungnahme vom 29. März 2018 hielt der Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass sich in den Akten widersprüchliche Angaben fänden. Gemäss Unfallmeldung habe sich der Versicherte das Knie angeschlagen, was durchaus zu einer Entzündung des Schleimbeutels führen könne. In diesem Fall sei der gesamte Verlauf bis jetzt überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Im Austrittsbericht des Spitals D.____ werde indessen ein anderer Hergang des Ereignisses geschildert. Es werde nicht von einem Anschlagen berichtet, womit allenfalls überprüft werden müsste, ob eine Berufskrankheit vorliege. Insgesamt handle es sich aber um einen katastrophalen Verlauf in Bezug auf die Behandlung der Schleimbeutelentzündung.

5.7 Am 12. April 2018 wurde im Sprechstundenbericht des Spitals D.____ von einer notfallmässigen Vorstellung des Versicherten berichtet. Der Versicherte habe versucht, sich ohne Gehstöcke zu mobilisieren, woraufhin eine deutliche Schwellung am Abend aufgetreten sei. Seitdem habe er einen pulsierenden Erguss im rechten Kniegelenk, fühle sich schwach und krank und habe Kopfschmerzen. Hierzu wurde festgehalten, dass es sich um einen Reizerguss nach mehrwöchiger Ruhigstellung handle. Ein Infektrezidiv könne nicht sicher ausgeschlossen werden.

5.8 Nachdem am 15. Mai 2018 eine erneute Wundrevision und Spülung der Bursa erfolgt war (vgl. Operationsbericht des Spitals D.____ vom 17. Mai 2018, IV-act. 91), wurde im Rahmen eines Verlaufsberichts des Spitals D.____ vom 6. Juni 2018 berichtet, dass sich von Seiten der Wunde nun doch eine Beruhigung der Situation zeige. Der Patient beschreibe zwar noch Schmerzen, jedoch sei die Wunde trocken und ohne Rötung. Aufgrund der Schwellung des Unterschenkels werde der Patient auf die Notfallstation zum Ausschluss einer tiefen Venenthrom-

bose überwiesen. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit Hilfsmonteur wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit diagnostiziert.

5.9 Gemäss Bericht des Spitals D.____ vom 27. Juli 2018 konnten keine Anhaltspunkte für eine relevante periphere arterielle Verschlusskrankheit ausgemacht werden. Klinisch zeige sich insgesamt eine reizlose Wunde, mit leichter Überwärmung und zwei lokalisierten Erosionen. Diese Stellen würden eine perifokale Hyperkeratose zeigen, was klinisch an eine mechanische Irritation "(Kratzen?)" denken lasse. Klinisch seien sämtliche peripheren Pulse symmetrisch zu tasten gewesen, bis auf eine fehlende Arteria tibialis posterior links. Die segmentale Oszillographie habe normale Pulsvolumenkurven vom Oberschenkel bis zu den Zehen gezeigt. Damit könne eine relevante Makroperfusionsstörung ausgeschlossen werden.

5.10 Im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Juni 2019 führte Dr. med. F.____, Fachärztin für Chirurgie, aus, dass nach mehrfachen operativen Revisionen weiterhin eine Weichteilschwellung ventral am rechten Kniegelenk sowie eine Schwellung des proximalen rechten Unterschenkels bestehe. Eine tiefe Beinvenenthrombose habe bereits ausgeschlossen werden können. Bei ansonsten reizlosen Narbenverhältnissen bestehe im Bereich des oberen Patellarandes eine punktförmige Fistelöffnung mit zurzeit geringfügiger blutig-seröser Sekretion. Die Beweglichkeit im rechten Kniegelenk sei hinsichtlich der Flexion deutlich eingeschränkt. Es bestehe ein geringfügiger Ruheschmerz sowie eine deutliche belastungsabhängige Schmerzsymptomatik. Es sei eine weitere Wundbehandlung erforderlich. Bei stagnierendem Verlauf könne eine konventionell radiologische Fisteldarstellung mit Kontrastmittel sowie abhängig vom Befund eine Exzision der Fistel ohne primären Wundverschluss erwogen werden. Anzustreben wäre dann die sekundäre Wundheilung durch Granulation.

5.11 Im Bericht des Spitals G.____, Orthopädie und Traumatologie, vom 19. Dezember 2019 wurde die bekannte persistierende Wundheilungsstörung am Knie rechts diagnostiziert. In der Zwischenzeit hätten die Abklärungen auf der Neurologie und Schmerztherapie stattgefunden. Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (complex regional pain syndrome [CRPS]) sei dort ausgeschlossen worden. Die Therapie mit Kortikoiden habe keine richtungsweisende Befundbesserung ergeben. Ferner wurde eine unveränderte Rötung und leichte Überwärmung im Bereich des ventralen Kniegelenks erhoben. Es sei eine ausgiebige interdisziplinäre Diskussion erfolgt. Gemeinsam mit dem Patienten sei eine Re-Bursektomie mit gegebenenfalls Neurolyse des Nervus saphenus beschlossen worden. Bis dahin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

5.12 Im Sprechstundenbericht des Spitals G.____, Orthopädie und Traumatologie, vom 27. Juli 2020 im Anschluss an die erfolgte Operation (Resektion Restbursa präpatellaris und Neurolyse des Ramus infrapatellaris) vom 9. Januar 2020 wurden unklare Schmerzen am Knie rechts diagnostiziert. Insgesamt bleibe die nicht heilen wollende oberflächliche Narbe im Bereich der ehemaligen Bursektomie, ebenso die Schmerzen im Bereich medial am Kniegelenk. Der Patient habe einen Termin zur Begutachtung in der Klinik H.____.

5.13 Im entsprechenden Bericht der Klinik H.____ vom 6. August 2020 diagnostizierten Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

und Prof. Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei multiplen Eingriffen. Klinisch zeige sich relativ eindeutig ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, gegebenenfalls auch auf eine Irritation/Neuropathie des Ramus infrapatellaris zurückzuführen. Ein persistentes Infektgeschehen zeige sich klinisch nicht. Die noch leichte Krustenbildung sei rein oberflächlich und wahrscheinlich aufgrund der atrophen Narbe nach den multiplen Voreingriffen zu erklären; gegebenenfalls auch selbst durch den Patienten herbeigeführt. Aus orthopädischer Sicht würden sich keine weiteren Therapiemöglichkeiten ergeben. Es sollte eine weiterführende schmerzmedizinische Betreuung und Abklärung erfolgen, wie dies bereits geplant sei. Wie dies bei chronifizierten Schmerzproblemen üblich sei. Die Prognose sei eher als schlecht einzustufen. Es bestehe hier eine grosse Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden.

5.14 Mit Bericht vom 12. Oktober 2020 des Spitals G.____, Schmerztherapie, wurde festgehalten, dass es nach einer Infiltration zu einer deutlichen Schmerzexazerbation mit dokumentierten NRS 10 von 10 gekommen sei. Zusätzlich habe der Patient ein starkes Kribbeln im Knie verspürt und aufgrund der Schmerzen nicht mehr aufstehen können. Bei diesem Ergebnis verbiete sich eine weitere Diagnostik/therapeutische Intervention im Bereich der kniegelenksversorgenden Nerven. Besonders vor dem Hintergrund, dass die anatomischen Verhältnisse eine problemlose Punktion ermöglicht haben und das Medikament sicher habe platziert werden können. Leider könnten dem Patienten keine interventionellen schmerztherapeutischen Massnahmen angeboten werden. Eine dauerhafte Medikation mit Opioiden sei ebenfalls nicht sinnvoll. Auch die Reaktion auf die Intervention lege neben den Beschreibungen des Patienten eine Chronifizierung bzw. Generalisierung der Schmerzsymptomatik nahe. Aufgrund der Sprachbarriere sei ein psychotherapeutischer Ansatz bzw. eine Schmerzedukation in unserer Schmerzsprechstunde nicht möglich. Eine schmerzmodulierende medikamentöse Therapie beispielsweise mit SNRI werde vom Patienten aktuell abgelehnt. Darüber hinaus könnten dem Patienten keine sinnvollen schmerztherapeutischen Optionen angeboten werden. Gegebenenfalls wäre nochmals zu evaluieren, ob der Patient sich einer psychotherapeutischen Begleitung in Muttersprache öffnen könne.

5.15 In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 12. November 2020 führte Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, zur Frage, ob ein medizinischer Endzustand vorliege, aus, dass der Versicherte durch diverse Fachdisziplinen beurteilt worden sei. Insbesondere aus orthopädisch bzw. schmerztherapeutischer Sicht könnten keine sinnvollen Optionen mehr angeboten werden. Eine Physiotherapie sei bereits seit längerem sistiert. Mit einer namhaften Besserung einerseits der Beschwerden, andererseits der Funktion des rechten Kniegelenks könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr gerechnet werden. Die Schmerzen könnten gegebenenfalls noch durch die Anwendung einer schmerzmodulierenden medikamentösen Therapie, wie sie auch im Rahmen der Schmerztherapie besprochen worden sei, oder mittels Akupunktur, angegangen werden. Aufgrund des langjährigen, mittlerweile chronifizierten Schmerzverlaufs sei dadurch jedoch keine namhafte Verbesserung der Schmerzen zu erwarten. Eine weitere Operation sei angesichts des komplexen Verlaufs ebenfalls nicht mehr angezeigt. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsmonteur sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar.

Einerseits sei die Belastung zu hoch, andererseits handle es sich um eine rein stehende/gehende Tätigkeit. Es seien maximal noch leichte sitzende Tätigkeiten möglich, eine gehende/stehende Tätigkeit sei aufgrund der deutlichen Schwellungsneigung und der Schmerzen im rechten Knie nicht mehr möglich. Kein Treppensteigen, kein Begehen von unebenem Gelände, Gerüsten oder Leitern. Keine Tätigkeiten in Zwangshaltung (kauernd, hockend, kniend). Sofern das rechte Knie in sitzender Position entlastet werden könne, sei grundsätzlich eine ganztägige Tätigkeit möglich. Es müssten dem Versicherten jedoch Pausen ermöglicht werden. So soll nach zwei Stunden eine Pause von 15 Minuten möglich sein.

6. Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob die Suva die vorübergehenden Leistungen (Taggeld und Heilungskosten) zu Recht per Ende Februar 2021 eingestellt hat. Der Beschwerdeführer bringt vor, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt sei, sodass die Rentenprüfung nicht hätte vorgenommen werden dürfen.

6.1.1 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 Taggelderleistungen 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 201 E. 2.1; 134 V 114 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 2. Mai 2014, 8C_888/2013, 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 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1). 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 7. September 2017, 8C_142/2017, E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014 8C_888/2013, E. 4.1 mit Hinweisen).

6.1.2 Für die Beurteilung der Frage, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten war, stützte sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf die Ergebnisse, zu denen der Kreisarzt Dr. H. ____ in seiner Beurteilung vom 12. November 2020 gelangt war. Aus dieser Beurteilung resultiert, dass die zur Verfügung stehenden Optionen ausgeschöpft waren und von weiteren Therapien, namentlich einer schmerzmodulierenden Therapie, keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen

Situation mehr zu erwarten war. Diese Auffassung steht im Einklang mit der medizinischen Aktenlage, aus der keine Hinweise ersichtlich sind, die einen anderen Schluss zu begründen vermöchten. So wurde im Bericht der Klinik H._____ vom 6. August 2020 von einem chronifizierten Schmerzsyndrom ausgegangen und festgestellt, dass sich aus orthopädischer Sicht keine weiteren Therapiemöglichkeiten mehr ergeben würden (vgl. E. 8.12 hiervor). Die vom Versicherten gezeigte Reaktion auf die Infiltrationen in Form einer deutlichen Schmerzexazerbation in der Schmerzklinik legten ebenfalls eine Chronifizierung bzw. Generalisierung der Schmerzsymptomatik nahe. Ferner konnten keine sinnvollen schmerztherapeutischen Optionen mehr angeboten werden und es wurde die Verfolgung eines psychotherapeutischen Ansatzes in den Vordergrund gestellt (vgl. E. 8.13 hiervor). Sodann wurde dem Beschwerdeführer bereits im Sprechstundenbericht des Spitals D._____ vom 5. September 2018 eine körperlich aktive Tätigkeit (ohne kniende Anteile) als zumutbar erachtet. Nach einem letzten operativen Eingriff (Resektion Restbursa präpatellaris und Neurolyse des Ramus infrapatellaris) am 9. Januar 2020 konnten keine weiteren somatischen Ursachen, namentlich auch kein inneres Infektgeschehen, welche die Bewegungseinschränkungen sowie die Schmerzen vollumfänglich erklären könnten, ausgemacht werden. Ein CRPS wurde aus neurologischer Sicht ebenfalls ausgeschlossen (vgl. E. 8.10 hiervor). Ferner wurde eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und dem vergleichsweise guten objektiven Befund festgestellt. Vor diesem Hintergrund ist gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 12. November 2020 davon auszugehen, dass bezüglich der organischen Unfallfolgen keine Verbesserung mehr mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten war, die ins Gewicht fallen würde. Bestätigt werden diese Feststellungen schliesslich im Bericht des Spitals G._____ vom 14. April 2021, der im Nachgang an die kreisärztliche Beurteilung erging. Darin diagnostizierte auch PD Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine chronifizierte bzw. generalisierte Schmerzsymptomatik, wobei er ein reizloses Kniegelenk mit intakter Haut erhob. Ferner ging er mit den Feststellungen der Schmerzklinik explizit darin einig, dass eine lokal invasive Massnahme im Bereich des Kniegelenks nicht zielführend sei, sondern Psychotherapie zur Schmerzmodulation angezeigt sei. Damit ist der medizinische Endzustand aber eingetreten.

6.1.3 Daran vermag der Beschwerdeführer auch mit seinem Vorbringen, wonach noch immer unfallbedingte Heilbehandlungen mittels einer Revision am Knie notwendig und in diesem Sinne auch noch Verbesserungen zu erwarten seien, nichts zu ändern. Soweit der Beschwerdeführer sich hierzu auf die – nach dem angefochtenen Einspracheentscheid ergangenen – Berichte von Dr. B._____ vom 17. Juni 2021 und 23. Juli 2021 beruft, ist er darauf hinzuweisen, dass der Gesundheitszustand der versicherten Person im Kontext der Frage, ob noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands anzunehmen ist, prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden muss. Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2022, 8C_682/2021, E. 5.1 mit Hinweisen). Dessen ungeachtet bedingt der Fallabschluss nicht, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist; vorausgesetzt wird – wie dargelegt – lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1).

Dass keine solche Verbesserung mehr mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten war, wird in der kreisärztlichen Beurteilung vom 12. November 2020 in Übereinstimmung mit den vorhandenen medizinischen Berichten schlüssig und nachvollziehbar dargelegt. Allenfalls auch nur geringe Zweifel, wie sie rechtsprechungsgemäss genügen würden, um die versicherungsinterne Beurteilung des Kreisarztes in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 4.3 hiervor), liegen keine vor.

6.2 Ferner besteht vorliegend kein Anlass, in grundsätzlicher Hinsicht an der Richtigkeit der Feststellungen des Kreisarztes Dr. H.____ zu zweifeln. Rechtsprechungsgemäss können Berichte versicherungsinterner Ärzte soweit berücksichtigt werden, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Wie bereits dargelegt, ist die durch Dr. H.____ gestützte auf die sich bei den Akten befindlichen medizinischen Berichte vorgenommene Schlussfolgerung, dass der medizinische Endzustand eingetreten sei, einleuchtend und überzeugend. Alsdann nahm Dr. H.____ aufgrund seiner eingehenden persönlichen Untersuchung und Befunderhebung auch eine schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vor. Das fachärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil, welches den verbleibenden Einschränkungen im Bereich des rechten Knies Rechnung trägt, wurde hinreichend begründet. Insgesamt ist somit nicht zu beanstanden, dass die Suva zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht vollumfänglich auf die kreisärztliche Beurteilung vom 12. November 2020 abgestellt hat.

6.3 Als Zwischenergebnis ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld zu Recht per Ende Februar 2021 eingestellt hat. Damit war sie auch berechtigt, die Rentenfrage zu prüfen.

7.1 Was zunächst die Frage nach der Adäquanz in Bezug auf mögliche psychische Beschwerden des Versicherten anbelangt, so macht dieser in seiner Stellungnahme zu den IV-Akten vom 7. Dezember 2021 unter anderem geltend, es sei vorliegend auch die Anwendbarkeit der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass ihr keine psychischen Beschwerden gemeldet worden seien. Ferner wäre ohnehin von einem leichten Unfall auszugehen, was ohne Weiteres zur Verneinung der Adäquanz führen würde.

7.2 Wie der Darlegung des medizinischen Sachverhalts zu entnehmen ist, sind keine psychischen Beschwerden bzw. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dokumentiert. Indessen wird dem im Vordergrund stehenden chronifizierten Schmerzsyndrom unstrittig auch eine psychische Ursache beigemessen, zumal die vom Versicherten geklagten Beschwerden aus somatischer Sicht nicht vollumfänglich erklärt werden können (vgl. zu den Anforderungen an die Objektivierbarkeit von organischen Leiden: nicht publizierte E. 2 des Urteils BGE 135 465, in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25 [8C_216/2009]). Wie es sich damit im Detail verhält, braucht vorliegend indessen nicht abschliessend beantwortet zu werden. Es ist daran zu erinnern, dass mit Blick auf die Adäquanz einer psychischen Überlagerung nach einer erlittenen Verletzung nicht die Schwere der primären Verletzungen am rechten Knie an sich, sondern ausschliesslich die Unfallschwere des Unfallereignisses zu würdigen ist. Der Beschwerdeführer

schlug sich vorliegend das rechte Knie beim Fenster vertragen an einem Gerüst an. Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften ist dieser Vorgang mit der Beschwerdegegnerin zweifellos als leichter Unfall zu qualifizieren (vgl. BGE 115 V 133 E. 6a), womit die Adäquanz ohne Weiteres verneint werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2008, U 42/07, E. 3.3; BGE 129 V 177 E. 4.1; 115 V 133 E. 6a).

8.1 Bei der für den Rentenanspruch erforderlichen Bemessung der dem Beschwerdeführer noch verbleibenden Restarbeitsfähigkeit ist die Suva gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 12. November 2020 von einer zumutbaren Beschäftigung in einer angepassten Verweistätigkeit ausgegangen (vgl. E. 6.3 hiervor). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, dass er nur zu 50% arbeitsfähig sei.

8.2 In pflichtgemässer Würdigung der medizinischen Aktenlage fällt zunächst auf, dass hinsichtlich der unfallbedingten Restbeschwerden, die sich der medizinischen Aktenlage zufolge namentlich in einer Bewegungseinschränkung des rechten Knies und einer belastungsabhängigen Schmerzsymptomatik äussern, keine wesentlich divergierenden Einschätzungen durch die involvierten Fachpersonen auszumachen sind. Wie dargelegt (vgl. E. 6.1.2 hiervor), wurde dem Versicherten bereits im Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 5. September 2018 eine körperlich aktive Tätigkeit (ohne kniende Anteile) als zumutbar erachtet. Darüber hinaus äussert sich ausschliesslich der Kreisarzt Dr. H.____ zu einer leidensadaptierten Tätigkeit. Die in den Akten ausgewiesene voll Arbeitsunfähigkeit bezog sich stets auf die angestammte Tätigkeit als Hilfsmonteur, die Dr. H.____ dem Versicherten in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten als nicht mehr zumutbar beurteilt. Dessen ungeachtet sind gestützt auf die massgebenden medizinischen Unterlagen keine Hinweise ersichtlich, denen zufolge dem Versicherten eine leichte sitzende Tätigkeit, welche die Einschränkungen vonseiten des rechten Knies sowie einen zusätzlichen Pausenbedarf berücksichtigt, nicht vollschichtig zumutbar sein soll. Dies umso weniger, als der Beschwerdeführer denn auch weder solche Aspekte benennt noch sein Vorbringen mit divergierenden ärztlichen Berichten untermauert. Jedenfalls stehen eine chronifizierte Schmerzproblematik und die Tatsache, dass die Erfolgsaussichten für weitere Massnahmen gering eingeschätzt wurden, einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht entgegen. Zumal die Beschwerdegegnerin das Vorhandensein unfallbedingter Restbeschwerden nicht bestreitet, wurde diesen fortbestehenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aber in der fachärztlichen Beurteilung von Dr. H.____ durch ein entsprechend eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil vollumfänglich Rechnung getragen.

8.3 Als weiteres Zwischenergebnis ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das von Dr. H.____ attestierte Zumutbarkeitsprofil dem Anspruch auf eine UVG-Invalidenrente zugrunde gelegt hat.

9.1 Zu prüfen bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Gemäss Art. 16 ATSG hat die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu erfolgen. 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 128 V 30 E. 1). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222, 128 V 174).

9.2 Die Suva hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2021 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei ermittelte sie das Valideneinkommen anhand der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Versicherten, wonach Letzterer im Jahr 2021 ohne den Unfall einen Jahresverdienst von Fr. 74'100.-- erzielt hätte (vgl. Suva-act. 267). Das Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 58'659.-- errechnete sie gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2018. Hierbei berücksichtigte sie zusätzlich einen zeitlichen Abzug von 12% (eine Stunde Pause pro Tag) sowie einen leidensbedingten Abzug in der Höhe von 5%. Anhand der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultierte ein Invaliditätsgrad von 21%. Das Valideneinkommen wie auch die massgebenden Berechnungsgrundlagen des Invalideneinkommens wurden vom Versicherten zu Recht nicht beanstandet. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, welche im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung erfordern würden, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den durch die Suva ermittelten Vergleichseinkommen und es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2021 verwiesen werden.

9.3.1 Der Beschwerdeführer macht indessen geltend, es sei ihm ein leidensbedingter Abzug an der oberen Grenze der maximal möglichen 25% zu gewähren. Es sei nicht ersichtlich, ob und wie er in sitzender Position Arbeiten verrichten und gleichzeitig das Knie entlasten könne. Aufgrund seines Knieleidens sei er in der Auswahl der Arbeiten verhältnismässig stark eingeschränkt, sodass ausserordentliche Umstände vorliegen würden. Es gäbe praktisch keine rein sitzenden Tätigkeiten, bei denen man nicht auch regelmässig aufstehen und die Räumlichkeiten wechseln müsse. Über das ärztlich beschriebene Zumutbarkeitsprofil hinaus bestünden zusätzliche Einschränkungen, wohl auch ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit bzw. eine verlangsamte Arbeitsweise.

9.3.2 Diesbezüglich gilt es zunächst anzumerken, dass den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers durch das formulierte Zumutbarkeitsprofil sowie namentlich unter Berücksichtigung eines zusätzlichen Pausenbedarfs von jeweils 15 Minuten nach zwei Stunden vollumfänglich Rechnung getragen wurde. Die Beschwerdegegnerin hat den zusätzlichen Pausenbedarf in Form eines zeitlichen Abzugs von 12% anerkannt, was nicht zu beanstanden ist. Zu beachten ist ferner, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung

des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweis). Weiter ist auf die restriktive Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C_151/2020, E. 6.2 mit Hinweis). Solche (zusätzlichen) Einschränkungen können personen- oder arbeitsplatzbezogen sein. Mit einem zusätzlichen Abzug von 5% hat die Beschwerdegegnerin den massgebenden Umständen hinreichend Rechnung getragen. Gründe die einen weitergehenden Abzug zu rechtfertigen vermöchten können vorliegend nicht ausgemacht werden und lassen sich den Vorbringen des Beschwerdeführers nicht entnehmen.

10. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 11. Juni 2021 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

11. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. ^fbis 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 **erkannt** :

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

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