



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Mai 2025 (725 24 193)

Unfallversicherung

Invalidenrente und Integritätsentschädigung: Beweiswürdigung der medizinischen Unterlagen; Invaliditätsbemessung unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 Der 1960 geborene A.____ war vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2018 bei der B.____ AG als Hilfsmagaziner angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert. Am 2. März 2006 erlitt A.____ einen Unfall, als er von einem Auto angefahren wurde. Im Nachgang zu diesem Unfall wurde beim Versicherten eine Kontusion und Distorsion der Halswirbelsäule (Dokumentationsbogen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. März 2006, Suva-Akten 13.50176.06.0 Dok. Nr. 2) und eine traumatische

mediale Meniskushinterhornläsion links festgestellt, die am 9. Mai 2006 arthroskopisch versorgt wurde (Operationsbericht vom 9. Mai 2006, Suva-Akten 13.50176.06.0 Dok. Nr. 12).

A.2 Am 16. Januar 2010 rutschte A._____ beim Schneeräumen aus und zog sich eine Distorsion und Kontusion beider Kniegelenke zu. Dabei kam es am rechten Knie zu einer medialen Meniskusläsion, die am 24. Januar 2011 arthroskopisch mit medialer Teilmenisektomie, Plica-Resektion und Knorpelglättung behandelt wurde (Operationsbericht vom 24. Januar 2011, Suva-Akten 13.50043.10.8 Dok. Nr. 21).

A.3 Mit Schadenmeldung vom 22. März 2013 meldete die Arbeitgeberin einen erneuten Unfall des Versicherten (Suva-Akten 13.50154.13.9 Dok. Nr. 5). Dieser war am 13. März 2013 bei der Arbeit mit dem linken Fuss am Gabelstapler hängengeblieben und habe sich das linke Knie verdreht. In der Folge wurde eine traumatische Ruptur des medialen Meniskus links festgestellt, welche am 10. April 2013 erneut arthroskopisch versorgt wurde (Meniskusresektion, Plica-Resektion und Knorpelglättung; Operationsbericht vom 10. April 2013, Suva-Akten 13.50154.13.9 Dok. Nr. 14). Die Behandlung wurde gemäss Auszug aus der Patientenakte vom 14. Mai 2014 abgeschlossen (Suva-Akten 13.50154.13.9 Dok. Nr. 50). Am 21. Dezember 2017 liess der Versicherte einen Rückfall zum Unfallereignis vom 13. März 2013 melden. Der Kreisarzt der Suva bejahte in seiner versicherungsmedizinischen Vorlage vom 28. Februar 2018 eine richtunggebende Verschlimmerung an beiden Kniegelenken, ursächlich zurückführbar auf die Unfälle vom 16. Januar 2010 (rechtes Knie) respektive vom 13. März 2013 (linkes Knie; vgl. Suva-Akten 13.50154.13.9 Dok. Nr. 81). Am 26. November 2019 wurde dem Versicherten eine mediale Knieendoprothese links implantiert (Suva-Akten 13.50154.13.9 Dok. Nr. 196). Da Restbeschwerden im Bereich des Tractus iliotibialis persistierten, wurde am 29. Januar 2021 eine kreisärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Integritätsschadens am linken Knie vorgenommen (Suva-Akten 13.50154.13.9 Dok.-Nr. 240 und 241).

A.4 In Bezug auf das rechte Knie wurde seitens des behandelnden Facharztes mit Bericht vom 4. März 2021 ausgeführt, dass der Versicherte zunehmende Schmerzen beklage (Suva-Akten 13.50043.10.8 Dok. Nr. 41). Nach erfolgloser Physiotherapie wurde A._____ am 27. September 2021 eine Knieendototalprothese rechts implantiert (Austrittsbericht vom 2. Oktober 2021, Suva-Akten 13.50043.10.8 Dok. Nr. 57).

A.5 Am 11. November 2021 liess A._____ durch seinen Sohn einen weiteren Unfall melden, nachdem er am 29. Oktober 2021 stürzte und sich eine Deckplattenimpressionsfraktur zuzog (Austrittsbericht vom 29. November 2021, Suva-Akten 27.11792.21.2 Dok. Nr. 5). Die Fraktur wurde konservativ behandelt, wobei die behandelnden Fachärzte die Behandlung am 28. Februar 2022 bei bildgebend verheilten Fraktur abschlossen (Sprechstundenbericht vom 28. Februar 2022, Suva-Akten 27.11792.21.2 Dok. Nr. 22).

A.6 Der Kreisarzt der Suva, Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, nahm am 11. Januar 2023 aus versicherungsmedizinischer Sicht zum Fall Stellung. Aufgrund des vom Versicherten erlittenen Herzinfarkts sei die angeordnete Reha nicht mehr zumutbar. Der Fall sei abzuschliessen. Dr. C._____ nahm eine Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit sowie der prozentualen Aufteilung der erlittenen Unfälle auf die verbleibenden Einschränkungen vor und beurteilte am 12. Januar 2023 den verbleibenden Integritätsschaden an beiden Kniegelenken sowie der Lendenwirbelsäule.

A.7 Mit Verfügung vom 30. Januar 2023 sprach die Suva A._____ eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 39.5% (20% für den Integritätsschaden am linken Knie, 17.5% für den Integritätsschaden am rechten Knie, 2% für den Integritätsschaden am Lendenwirbelkörper) zu, verneinte indes einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Eine hiergegen vom Versicherten erhobene Einsprache wies die Einspracheinstanz der Suva nach Einholung einer weiteren versicherungsmedizinischen Stellungnahme sowie nach Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) mit Entscheid vom 29. Mai 2024 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A._____ am 2. Juli 2024 (Eingang) Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei der angefochtene Entscheid vom 29. Mai 2024 aufzuheben und es seien ihm nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass vorliegend eine verbleibende Restarbeitsfähigkeit von maximal 60% gegeben sei und beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen sei. Überdies habe die Beschwerdegegnerin ungenügend abgeklärt, ob er zu seiner bisherigen Arbeitsstelle habe zurückkehren können, respektive, ob sein Alter eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erschweren würde. Vielmehr sei auf das tatsächliche Valideneinkommen abzustellen, wobei eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorzunehmen sei, da er ein bloss unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt habe. In Bezug auf die Integritätsentschädigung macht der Beschwerdeführer geltend, dass der Kreisarzt der Suva zu Unrecht von einer bloss mässigen statt einer schweren (Pan-)Gonarthrose in den Kniegelenken ausgegangen sei. Es sei vielmehr von einer Integritätsentschädigung von jeweils mindestens 30% auszugehen.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 5. August 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 5. November 2024 wurde der Fall nach Beizug der IV-Akten dem Dreiergericht zur Beurteilung überwiesen.

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

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons,

in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in D.____, 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 eingereichte Beschwerde vom 29. Mai 2024 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie die Höhe der ausgerichteten Integritätsentschädigung. Nicht umstritten ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses per 28. Februar 2023.

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). Für Versicherte der Suva gilt jedoch in diesen Fällen das neue Recht, soweit es – unter anderem – um die Invalidenrenten oder Integritätsentschädigungen geht, sofern der Anspruch erst nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes entstanden ist (Art. 118 Abs. 2 lit. c UVG). Vorliegend sind die umstrittenen Ansprüche auf eine Invalidenrente und die Integritätsentschädigung am 28. Februar 2023 und damit nach Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen entstanden. Damit sind die Bestimmungen des revidierten UVG und die dazu ergangene Rechtsprechung anwendbar.

3.2 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). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

3.3 Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung 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 Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands, der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und bei der Beurteilung des Integritätsschadens ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die medizinische 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 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, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 351 E. 3a, 122 V 157 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

4.4. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Bleiben erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C_364/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Nachfolgend werden jedoch bloss diejenigen Bericht aufgeführt, die sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

5.1.1 Gemäss Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats des Spitals E.____ vom 31. August 2007 beklage der Patient nach der am 9. Mai 2006 durchgeführten Arthroskopie mit medialer Teilresektion am linken Knie nach Verkehrsunfall am 2. März 2006 (vgl. Operationsbericht vom 9. Mai 2006, Suva-Akten 13.50176.06.0 Dok. Nr. 12) und einer Infiltration am 21. Juni 2007 erneut Beschwerden im Bereich des medialen linken Seitenbandes. Es sei eine weitere Infiltration vorgenommen worden mit sofortiger Besserung der Beschwerden. Am 24. April 2008 wurde eine weitere Infiltration bei wiederauftretenden Beschwerden durchgeführt (Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats des Spitals E.____ vom 15. Mai 2008). Weitere Behandlungen der Folgen des Unfalls vom 2. März 2006 sind den Akten nicht zu entnehmen.

5.1.2 Am 16. Januar 2010 erlitt der Versicherte eine mediale Meniskusdistorsion am rechten Knie, welche am 24. Januar 2011 arthroskopisch versorgt wurde (Operationsbericht vom 24. Januar 2011, Suva-Akten 13.50043.10.8 Dok. Nr. 21). Im Nachgang zur Arthroskopie meldete der behandelnde Hausarzt des Versicherten, Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, der Suva mit Bericht vom 21. Februar 2018, dass der Patient seit Dezember 2017 erneut Beschwerden in beiden Knien, rechts ausgeprägter als links beklage. Entsprechend seien schmerzhaft Druckstellen auf den medialen Gelenksspalten festgestellt worden, sowie ein minimaler Erguss, rechts etwas ausgeprägter als links. Es bestehe eine leichte Überwärmung und ein leicht hinkender Gang, ebenfalls rechts ausgeprägter als links. Er habe den Patienten arbeitsunfähig geschrieben und empfehle eine erneute Rücksprache mit dem Operateur.

5.1.3 Der Versicherte verletzte sich am 13. März 2013 erneut am linken Knie, als er am Gabelstapler hängengeblieben ist und sich dabei das linke Knie verdrehte. Von den behandelnden Ärzten der G.____ AG wurde mit Auszug aus der Patientenakte vom 22. März 2013 eine traumatische Ruptur des medialen Meniskus links diagnostiziert. Im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie vom 10. April 2013 wurde eine Meniskusresektion, Plica-Resektion und Knorpelglättung vorgenommen.

5.2 Der Kreisarzt Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, bestätigte mit Kurzbeurteilung vom 1. März 2018 den Kausalzusammenhang der aktuellen Beschwerden am rechten Knie mit dem Unfallereignis vom 16. Januar 2010. Die Beschwerden am linken Knie nach einer Rückfallmeldung am 28. Juli 2017 und der folgenden Wiederaufnahme der medizinischen Behandlung seien auf das Unfallereignis vom 13. März 2013 zurückzuführen. Es sei an beiden Kniegelenken zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen.

5.3 Dem Versicherten wurde am 26. November 2019 am linken Knie eine mediale Knieendoteilprothese implantiert. Im Rahmen der Operation diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Klinik I.____ eine mediale Gonarthrose des linken Kniegelenks sowie eine Adipositas (Operationsbericht vom 26. November 2019 und Austrittsbericht vom 1. Dezember 2019, Suva-Akten 13.550154.13.9 Dok. Nr. 196 und 198).

5.4 Der behandelnde Facharzt Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte mit Bericht zur klinischen postoperativen Verlaufskontrolle betreffend das linke Knie vom 6. August 2020 aus, dass die Situation nach wie vor unbefriedigend sei. Die regelmässig besuchte Physiotherapie bringe bloss kurzzeitig Besserung, der Patient berichte von deutlichen Einschränkungen im Alltag. Das linke Kniegelenk zeige sich bei der Untersuchung reizlos, ohne Erguss oder Schwellung. Es bestehe eine regelrechte Bandstabilität in der frontalen wie sagitalen Ebene. Eine Druckdolenz im Bereich des medialen Gelenkkompartmentes sei nicht festzustellen, indessen lägen deutliche Druckschmerzen im Verlauf des Tractus iliotibialis und auf Höhe des Gelenkspaltes vor. Eine Ursache für die geklagten Schmerzen habe weder klinisch, noch in der bisherigen Bildgebung eruiert werden können. Es werde nun eine MARS-MRI-Untersuchung durchgeführt. Gemäss Folgebericht vom 4. September 2020 habe sich in der Magnetresonanz-Untersuchung vom selben Tag kein sicherer Anhalt für die von dem Patienten beklagten Schmerzen finden lassen. Ob die zur Darstellung kommenden beginnenden degenerativen Veränderungen femoropatellar und lateral die Schmerzen verursachen würden, könne nicht mit letzter Gewissheit gesagt werden.

5.5 Mit Kurzbeurteilung vom 29. Oktober 2020 stellte der Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, fest, dass der Endzustand betreffend das linke Knie erreicht scheine. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, bestätigte am 29. Januar 2021 in seiner kreisärztlichen Beurteilung, dass 14 Monate nach Einsetzen der Prothese und dem aktenkundig regelrechten postoperativen Verlauf von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden könne. Dem Versicherten seien ganztags leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten möglich, überwiegend sitzend, ohne Vibrationen für das betroffene Bein, ohne Klettern auf Leitern und Gerüsten, mit nur kurzzeitigem und gelegentlichem Arbeiten im unebenen Gelände, ohne Zwangshaltungen in der Hocke und im Knien. Der Integritätsschaden am linken Knie wurde mit gesonderter Beurteilung vom selben Tag auf 15% geschätzt (siehe hierzu nachfolgend E. 8.2.1).

5.6 In einer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17. Februar 2021 bestätigte Dr. K.____, dass die Unfallfolgen am rechten Knie invalidisierend seien im Sinne einer Gonarthrose. Der Anteil des rechten Knies am gesamten Zumutbarkeitsprofils betreffend beide Knie betrage 50%. Für die Beurteilung des Integritätsschaden seien aktuelle Röntgenbilder einzuholen, die Integritätsentschädigung könne indes auch nach Einsetzen einer Prothese rechts vorgenommen werden.

5.7 Gemäss Operationsbericht vom 27. September 2021 habe sich die Indikation zur Implantation einer Knieendotalprothese rechts aufgrund der fortgeschrittenen medial betonten Pangonarthrose rechts gestellt. Postoperativ habe sich gemäss Austrittsbericht vom 2. Oktober 2021 ein komplikationsloser Verlauf gezeigt. Aus den Röntgenaufnahmen werde eine regelrechte Lage der Implantate ersichtlich.

5.8 Am 29. Oktober 2021 stellte sich der Versicherte notfallmässig im Spital L.____ vor, nachdem er gestürzt sei. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten gemäss Austrittsbericht vom 29. Oktober 2021 eine frische Deckplattenimpressionsfraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1, am ehesten nach Einnahme eines Schlafmittels (Suva Akten 21.11792.21.2 Dok. Nr. 19).

5.9 Mit Sprechstundenbericht vom 28. Februar 2022 hielten die behandelnden Fachärzte der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals L.____ fest, dass hinsichtlich der LWK 1-Fraktur bildgebend ein regelrechter Verlauf mit verheilter Fraktur ohne Nachsinterung vorliege. In Bezug auf die Myogelosen der paravertebralen Muskulatur werde dem Patienten die Vorstellung in der Schmerzlinik empfohlen. In ihrer orthopädischen Sprechstunde seien keine weiteren Kontrollen geplant.

5.10 Am 29. April 2022 diagnostizierten die Fachärzte der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals L.____ (1) Myogelosen der paravertebralen Muskulatur bei rechtskonvexer, skoliotischer Fehlhaltung zervikothorakal sowie rechtskonvexer Skoliose lumbal bei Status nach Deckplattenimpressionsfraktur und (2) ein Status nach Knieendotalprothese recht im September 2021. Die multimodale Schmerztherapie habe aufgrund von Sprachschwierigkeiten sowie der Ablehnung des Patienten, eine Facettengelenksinfiltration durchzuführen, abgebrochen werden müssen. Bei gutem Ansprechen auf Physiotherapie werde eine dreiwöchige Rehabilitation empfohlen.

5.11 Dr. J.____ diagnostizierte anlässlich der Konsultation vom 12. Mai 2022 am rechten Knie einen Staus nach Implantation einer Knieendotalprothese rechts bei medial betonter Pangonarthrose bei Status nach Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie medial im Jahr 2016 sowie am linken Knie Restbeschwerden mit Reizung des Tractus iliotibialis nach Implantation einer medialen Knieprothese im Jahr 2019, einer Kontusion des rechten Kniegelenks im Jahr 2020 bei Status nach Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie medial circa 2013. Der Patient beklage diffuse Kniegelenksschmerzen, rechts mehr als links, sowie Schwellungen. Die Laufdauer liege gemäss Aussagen des Patienten bei fünf Minuten. Die Physiotherapie werde besucht, er absolviere dabei auch Krafttraining. Die geklagten Beschwerden hätten anlässlich der

Konsultation nicht objektiviert werden können. An beiden Kniegelenken zeigten sich reizlose Zustände ohne Erguss sowie eine regelrechte Stabilität bei gutem Bewegungsumfang. Ob die unzureichende Kraft und Koordination, insbesondere der rechten unteren Extremität, auf ein Rückenleiden zurückzuführen sei, könne seinerseits nicht eruiert werden. Es sei zwingend notwendig, dass der Patient weiterhin Kraft- und Koordinationsübungen zur Stabilisierung der Beinachse an beiden Beinen durchführe. Mit E-Mail an die Suva vom 3. Juni 2022 stellte der behandelnde Orthopäde fest, dass der Patient sitzende Tätigkeiten problemlos ausüben könne. Aufgrund der noch anhaltenden Knieschmerzen dürfe er nicht länger stehen und laufen. Auch das Heben und Tragen von Lasten sei nicht zumutbar. Dennoch sei er in der Lage, kurze Strecken auch zu Fuss zurückzulegen.

5.12 Mit dem Bericht zur Verlaufskontrolle ein Jahr nach Implantation der Knieendtotalprothese rechts vom 2. November 2022 hielt Dr. J. ____ bei bekannten Diagnosen an beiden Knien fest, dass der Patient berichte, von der Knieendtotalprothese rechts profitiert zu haben. Dennoch beklage er insbesondere nachts noch Schmerzen sowie eine Reizung des Kniegelenks mit Schwellungsneigung. Die Laufdauer betrage aktuell maximal 20 Minuten, jedoch auch aufgrund der Rückenschmerzen. Das Treppensteigen sei erschwert. Nach Auffassung des behandelnden Facharztes seien die Restbeschwerden sicherlich durch die deutliche Dekonditionierung der unteren Extremitäten zu erklären. Objektiv lägen an beiden Kniegelenken reizlose und stabile Kniegelenke vor. Weitere Kontrollen würden nur bei Bedarf stattfinden.

5.13 Nachdem der Versicherte die ihm zugesprochene Rehabilitation aufgrund eines kurz davor erlittenen Herzinfarkts nicht antreten konnte, nahm Dr. C. ____ am 12. Januar 2023 zum Fallabschluss betreffend das rechte Knie und den weiteren Leistungen Stellung. In Bezug auf die dem Versicherten noch zumutbaren Tätigkeiten stellte der Kreisarzt auf die Ausführungen des behandelnden Fachorthopäden ab. Demzufolge seien dem Versicherten leichte und gelegentlich auch mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Klettern auf Leitern oder Gerüsten, ohne Arbeiten auf unebenem Gelände sowie ohne Zwangshaltungen in der Hocke oder im Knien ganztags zumutbar. Die prozentuale Aufteilung der drei Unfallsschäden sei folgendermassen zu beziffern: Für das rechte und linke Knie jeweils 37,5% sowie 5% für die Deckplattenimpressionsfraktur 5%. Den Gesamtintegritätsschaden schätzte Dr. C. ____ auf 39,5% (siehe hierzu nachfolgend E. 8.2.2).

5.14 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme des behandelnden Orthopäden ein. Dr. J. ____ hielt mit Schreiben vom 23. Juni 2023 fest, dass dem Patienten seines Erachtens leichte und gelegentlich auch mittelschwere wechselbelastende Arbeiten zugemutet werden könnten. Das Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5 kg seien dabei denkbar. In Anbetracht der noch bestehenden Beschwerden an den Knien, respektive des Rückenleidens schein ihm jedoch eine ganztägige Arbeitstätigkeit nicht zumutbar. Vielmehr sei ein Pensum von 60% angemessen. Sicherlich solle der Patient nicht auf Leitern steigen oder auf Gerüsten arbeiten. Längeres Abknien und Hocken sei ebenfalls nicht zumutbar. Aus seiner Sicht bestünden keine weiteren therapeutischen Massnahmen, die den jetzigen Zustand namhaft bessern könnten.

5.15 Am 9. und 10. Januar 2024 führte die Rehaklinik M._____ mit dem Versicherten eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durch. Mit Bericht vom 1. Februar 2024 diagnostizierten die involvierten Fachpersonen (1) einen Unfall vom 29. Oktober 2021 mit Sturz und erlittener Deckplattenimpressionsfraktur LWK1 mit Beteiligung der Vorderkante mit Ruptur des Ligamentums longitudinale anterius ohne Höhenminderung der Hinterkante, Luxation oder Subluxation der Facettengelenke oder relevante Spinalkanalstenose sowie intakte Ligamenta der mittleren und hinteren Säule, ohne Nachweis einer weiteren frischen ossären Läsion der Schädeldkalotte, der Lendenwirbelsäule oder der Beckenstrukturen, ohne Nachweis einer akuten intrakraniellen Blutung, ohne frisch demarkiertem Territorialinfarkt mit im Verlauf geringer Nachsintierung der ventralen Deckplatte im LWK ohne wesentliche Höhenminderung der Hinterkante, mit intaktem Alignment und stationären degenerativen Veränderungen sowie stationärer Keilwirbelbildung von 10-15°, ohne progrediente Höhenminderung der Hinterkante oder neu aufgetretene Höhenminderung, bei stationären degenerativen Veränderungen; (2) ein Unfall im Mai 2015 mit Einklemmung ohne relevante Befunde; (3) ein Unfall im Jahr 2010 mit Kniebinnenläsion rechts mit Entwicklung einer posttraumatischen Gonarthrose bei arthroskopischer Teilmeniskektomie im Jahr 2011 und Implantation Kniegelenkprothese im Jahr 2021; (4) ein Verkehrsunfall im Jahr 2006 mit Kniebinnenläsion links mit Entwicklung einer posttraumatischen Gonarthrose bei medialer Teilresektion des Meniskus im Jahr 2006 und Implantation einer medialen Knieendoprothese im Jahr 2019; (5) eine koronare Drei-Gefässerkrankung, Erstdiagnose 6. Januar 2023 mit Stents am selben Tag sowie Implantation eines Kardioverter-Defibrillators und (6) ein Status nach hypertensiver Gefahrensituation am 19. April 2021.

Der Explorand beklage konstante und belastungsabhängig zunehmende Schmerzen in den Knien beidseits, rechts etwas mehr als links. Die Schmerzstärke sei minimal gemäss numerischer Schmerzratingskala 2/10; bei Exazerbation würden die Schmerzen am rechten Knie bis 10/10 ansteigen und am linken Knie bis 7/10. Durch die Schmerzen sei seine Gehstrecke eingeschränkt, Velofahren sei für kurze Strecken (1 km) möglich. Weiterhin bestehe an den Knien auch eine Schwellungstendenz; eine Rötung oder Überwärmung werde verneint. Zusätzlich bestünden konstante und belastungsabhängig zunehmende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, diese seien minimal bei 2/10 und würden bei Exazerbation bis 8/10 ansteigen. Morgens habe er im Bereich der Lendenwirbelsäule kaum Schmerzen, diese würden im Verlauf des Tages zunehmen. Manchmal würden die Schmerzen auch in das linke Bein ausstrahlen. Wegen den Schmerzen könne er nicht lange stehen oder sitzen und müsse häufiger seine Position wechseln. Des Weiteren gebe der Explorand an, seine kardiale Erkrankung mit Status nach Herzinfarkt im Januar 2023 schränke ihn im Alltag ein, seine Gehstrecke sei nebst den Schmerzen im Bereich der Knie auch durch die kardiale Erkrankung reduziert. Er benötige z.B. für eine Gehstrecke von 1 km mehrere Pausen. Im Alltag fühle er sich häufig eingeschränkt, z.B. müsse er beim Treppengehen immer den Handlauf nehmen und könne sich allgemein nur wenig belasten. Zusätzlich berichte der Explorand über ein konstantes Taubheitsgefühl an den Fussunterseiten beidseits. Er habe Einlagen für die Schuhe bei bekannter Beinlängendifferenz, diese habe er aber zuletzt nicht mehr verwendet.

In der klinischen Untersuchung habe der Explorand eine eher langsame Mitwirkung gezeigt. Das Gangbild sei praktisch hinkfrei gewesen, bei den erschwerten Gang- und Standprüfungen habe

sich der Explorand ängstlich und unsicher präsentiert. Die Rumpfbeweglichkeit sei eingeschränkt, wobei der Explorand hierbei Schwindel als limitierend angab, Rückenschmerzen standen bei der Untersuchung nicht im Vordergrund. Daneben sei eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links aufgefallen, welche angesichts undifferenzierter Angaben seitens des Exploranden nicht näher eingeordnet werden konnte. Auch bei den EFL-Testungen seien die Beschreibung von Schmerzen und Einschränkungen undifferenziert und das Schmerzverhalten des Exploranden nicht adäquat gewesen. Er habe sich weitgehend selbst limitiert, bevor eine funktionelle Leistungsgrenze objektivierbar geworden sei, auch in nicht betroffenen Bereichen (Handkraft und Handkoordination). Auch hätten sich gewisse Diskrepanzen bezüglich der gezeigten Fähigkeiten gezeigt. Auf der Verhaltensebene sei eine erhebliche Symptomausweitung festzustellen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und den bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Das Zumutbarkeitsprofil werde aufgrund der beobachteten erheblichen Symptomausweitung auf der Basis von rein medizinisch theoretischen Kriterien erstellt und berücksichtige die objektivierbaren strukturellen Befunde hinsichtlich der Unfallfolgen. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch theoretisch nicht begründen. Aus rein muskulo-skelettaler Sicht müsse von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden. Von weiteren Therapien sei diesbezüglich keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten.

Aus muskuloskelettaler Sicht sei eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeiten auf unebenem Boden, ohne Einnahme von Zwangshaltungen für die Knie oder den Rumpf, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Ersteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Schläge, Stösse und Vibrationsbelastungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ganztätig zumutbar. Auch die bisherige Tätigkeit als Magaziner sei aus muskuloskelettaler Sicht ganztätig zumutbar.

5.16 Dr. J._____ hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 16. Februar 2024 fest, dass er aufgrund der ELF vom 1. Februar 2024 nicht mehr an seiner Zumutbarkeitsbeurteilung vom 11. Januar 2023 festhalte, sondern vielmehr auf deren – auf standardisierte Testungen und Verfahren beruhende – Zumutbarkeit abstelle. Diese sei auch der Einschätzung des behandelnden Orthopäden vorzuziehen. Die Einwände des Versicherten zum Integritätsschaden seien unbegründet (siehe hierzu nachfolgend E. 8.2.3).

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Mai 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und insbesondere bezüglich der Frage der Arbeitsfähigkeit auf die Ergebnisse der EFL vom 1. Februar 2024 sowie auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. C._____ vom 16. Februar 2024. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte Tätigkeit als auch jede andere angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar sei.

6.2 Im Zusammenhang mit dem von der Rehaklinik M._____ verfassten EFL-Bericht vom 1. Februar 2024 ist darauf hinzuweisen, dass es sich dabei – wie auch bei den kreisärztlichen Beurteilungen – um versicherungsinterne Beurteilungen handelt. Die bundesgerichtliche

Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich stets Beweiswert zuerkannt (BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee). Wie in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen (Akten-)Beurteilungen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

6.3 Solche Zweifel bestehen vorliegend entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht. Bereits die – zwar bloss knapp begründete – Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. C.____ vom 11. Januar 2023 stützte sich auf die Vorakten und insbesondere die Einschätzung der behandelnden Fachärzte. Im Rahmen des Einspracheverfahrens wurde die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der EFL unter persönlicher Mitwirkung des Versicherten abgeklärt. Dr. C.____ schloss sich sodann in seiner Beurteilung vom 16. Februar dieser Einschätzung an. Die versicherungsinterne Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruht damit auf einer persönlichen Untersuchung und ist unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten, der bildgebenden Dokumentation und der geklagten Beschwerden für die streitigen Belange umfassend zu einem schlüssigen und begründeten Ergebnis gelangt. Der Verweis des Beschwerdeführers auf das Schreiben des behandelnden Orthopäden Dr. J.____ vom 23. Juni 2023, wonach bloss eine 60%ige Leistungsfähigkeit bestehe, vermag an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern, zumal die abweichende Einschätzung nicht begründet wird. Hinzuweisen ist im Übrigen darauf, dass der behandelnde Facharzt bereits mit E-Mail an die Suva vom 3. Juni 2022 feststellte, dass dem Patienten sitzende Tätigkeiten problemlos und augenscheinlich ohne Leistungsminderung zumutbar seien.

6.4 Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass die versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen den beweisrechtlichen Anforderungen genügen und keine auch nur geringe Zweifel an ihnen bestehen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeiten auf unebenem Boden, ohne Einnahme von Zwangshaltungen für die Knie oder den Rumpf, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Ersteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Schläge, Stösse und Vibrationsbelastungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem Pensum von 100% zumutbar ist. Gemäss EFL-Bericht vom 1. Februar 2024 entspricht auch die angestammte Tätigkeit als Magaziner diesem Zumutbarkeitsprofil.

7. Zu prüfen sind die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher vorliegend unstreitig auf den 1. März 2023 zu liegen kommt. Wird davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer bereits in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist, erübrigt sich die Ermittlung einer Erwerbseinbusse. Die Beschwerdegegnerin hat jedoch – wohl zu Recht – in der Verfügung vom 30. Januar 2023 und im Einspracheentscheid vom 29. Mai 2024 – im Sinne einer Eventualbegründung – dennoch auf die Erwerbseinbusse in einer angepassten Tätigkeit abgestellt.

7.1.1 Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der

medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1).

7.1.2 Art. 18 Abs. 2 UVG ermächtigt den Bundesrat, die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen zu regeln, wobei er dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen kann. Auf der Grundlage dieser Gesetzesdelegation hat der Bundesrat Art. 28 Abs. 4 UVV erlassen. Demnach sind in Fällen, in denen ein Versicherter nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt oder sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt, für die Bestimmung des Invaliditätsgrades diejenigen (statistischen) Erwerbseinkommen massgebend, die ein Versicherter im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte.

7.1.3 Die Sonderregelung von Art. 28 Abs. 4 UVV kommt im Bereich der Unfallversicherung somit zur Anwendung, wenn eine versicherte Person nach dem Unfall entweder die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt (Variante I) oder sich das vorgerückte Alter (im Bereich von "rund 60 Jahren") erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt (Variante II). Dieser Bestimmung liegt die Überlegung zugrunde, dass ein und derselbe Gesundheitsschaden bei einer älteren Person aus verschiedenen Gründen (Schwierigkeiten bei der beruflichen Neueinstufung oder Umschulung, verminderte Anpassungs- und Lernfähigkeit) weitaus grössere Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben kann als bei einer Person mittleren Alters, während das Alter als solches kein Gesundheitsschaden ist, für den der Unfallversicherer eintreten muss. Die zweite Variante ist auch dann anwendbar, wenn das fortgeschrittene Alter zwar kein Faktor ist, der die Zumutbarkeit beeinflusst, aber dennoch ein Hindernis für die Verwertung der Resterwerbsfähigkeit darstellt, insbesondere, weil kein Arbeitgeber bereit ist, einen gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer für eine sehr kurze Zeit einzustellen, bevor er Anspruch auf eine AHV-Rente hat. Die spezifisch altersbedingten Erwerbseinbussen werden so insofern «parallelisiert», als sowohl für das (hypothetische) Validen- wie auch für das (hypothetische) Invalideneinkommen auf das Medianeinkommen einer Person mit vergleichbaren Voraussetzungen und Einschränkungen im «mittleren Alter» abgestellt wird (zum Ganzen: BGE 148 V 419 E. 7.2 mit Hinweisen, übersetzt in: Praxis 111 [2022] Nr. 105; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2024, 8C_215/2023, E. 4.2.2; THOMAS GÄCHTER, Urteilsbesprechung BGE 148 V 419, in: Pfleregerecht 2023, S. 104 ff.).

7.2 Die Beschwerdegegnerin hat den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie – zu Recht – sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand der statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2022) ermittelt. Damit berücksichtigte sie auch das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers, der im Zeitpunkt des Rentenbeginns am 1. März 2023 wenige Tage vor seinem 63. Geburtstag am 4. März stand. Aufgrund der Akten wird deutlich, dass der Beschwerdeführer nach der Kündigung per 31. Dezember

2018 keine Erwerbstätigkeit mehr aufnahm. Wie der Beschwerdeführer zu Recht ausführt, ist daraus nicht ohne Weiteres abzuleiten, dass die Nichtaufnahme der Erwerbstätigkeit altershalbers gewesen sei. Indessen ist aufgrund des fortgeschrittenen Alters und namentlich den altersbedingten gesundheitlichen Beschwerden (kardiale Erkrankung, degenerative Veränderungen, reduzierte Kondition und erhöhte Erschöpfbarkeit) anzunehmen, dass sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache einer Erwerbsunfähigkeit bzw. einer Unzumutbarkeit auswirkt. Dies wird auch aus den beigezogenen Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung deutlich, wonach dem Beschwerdeführer aufgrund der kardialen Erkrankung – ausdrücklich jedoch nicht aufgrund den Kniebeschwerden – eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde. Die Anwendung von Art. 28 Abs. 4 UVV erweist sich damit als rechtens. Mit der daraus folgenden Parallelisierung wird zudem dem unterdurchschnittlichen tatsächlichen Valideneinkommen des Beschwerdeführers Rechnung getragen.

7.3 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Tabelle TA_1 (monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht - Privater Sektor), Wirtschaftszweig 49-52 «Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei», Männer, Kompetenzniveau 1, abgestellt. Dieser Wert (Fr. 5'114.--) x zwölf Monate, hochgerechnet auf 42,2 Wochenstunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2023, ergibt ein Valideneinkommen von Fr. 65'843.85.

7.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat auch bei der Bemessung des Invalideneinkommens auf die Tabelle TA_1 (monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht - Privater Sektor) abgestellt, hier jedoch auf den Totalwert der Männer, Kompetenzniveau 1. Auf einen 12-monatigen Jahreslohn hochgerechnet und angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie an die Nominallohnentwicklung bis 2023 resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 67'493.75. Ferner gewährte sie dem Beschwerdeführer einen Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 5%.

7.4.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthalts-kategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen. (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2). Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann.

7.4.3 Dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind, ist – wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht ausführt – nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom

15. Dezember 2022, 8C_128/2022, E. 6.2.3, vom 19. September 2019, 8C_82/2019, E. 6.3.2, vom 17. Juli 2018, 9C_284/2018, E. 2.2.1 und vom 6. Oktober 2017, 8C_439/2017, E. 5.5 mit Hinweisen). Die weiteren qualitativen Einschränkungen sind grundsätzlich im Belastungsprofil bereits berücksichtigt, wobei die Beschwerdegegnerin diese Limitationen dennoch mit einem leistungsbedingten Abzug von 5% berücksichtigte. Wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid richtigerweise ausführt, wirken sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt weder schlechte Deutschkenntnisse, der Aufenthaltsstatus, die Nationalität noch die fehlende Berufserfahrung lohnmindernd aus (Urteile des Bundesgerichts vom 2. September 2019, 9C_323/2019, E. 4.2, vom 24. August 2018, 9C_857/2017, E. 4.3, vom 11. Dezember 2017, 8C_579/2017, E. 7.4.2, je mit Hinweisen; vgl. BGE 146 V 16 E. 5, 126 V 75 E. 5a/cc). Insbesondere ist dem Beschwerdeführer aufgrund der Anwendung von Art. 28 Abs. 4 UVV kein zusätzlicher Abzug aufgrund des fortgeschrittenen Alters zu gewähren (so ausdrücklich: BGE 148 V 419 E. 8.5, übersetzt in: Praxis 111 [2022] Nr. 105). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte 5%ige leistungsbedingte Abzug ist folglich nicht zu beanstanden

7.5 Setzt man im Einkommensvergleich das so korrekt ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 64'119.05 (Fr. 67'493.75 abzüglich 5%) dem Valideneinkommen von Fr. 65'843.85 gegenüber, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 2,62%. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers korrekt ermittelt und einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

8. Es bleibt zu prüfen, ob die Suva die Höhe der Integritätsentschädigung korrekt ermittelte.

8.1.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Satz 2). Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 Satz 1 UVV). Laut Art. 25 Abs. 1 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitaleistung gewährt. Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 219 E. 2a; Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet.

8.1.2 Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden

wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher, geistiger und psychischer Integritätsschäden (Ziff. 1 Abs. 2). In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59 herausgegebenen Tabellen (teilweise geändert und ergänzt in den Mitteilungen Nr. 60, 62 und 66 [nachfolgend: Suva-Tabellen]) sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c, 116 V 157 E. 3a mit Hinweis).

8.1.3 Bei der Bestimmung des Schweregrades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Tatfrage, für deren Beantwortung Verwaltung und Gerichte auf fachärztliche Mithilfe angewiesen sind. Dem Gericht ist es nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selber vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen offen gelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt und von einem medizinischen Laien eine zuverlässige Zuordnung nicht erwartet werden kann. Die Beurteilung der Integritätseinbusse obliegt somit den ärztlichen Sachverständigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2012, 8C_659/2012, E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch E. 4 hiavor).

8.2 Für die Beurteilung des Integritätsschadens liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen vor:

8.2.1 Dr. C.____ schätze den Integritätsschaden des linken Knies erstmals mit Beurteilung vom 29. Januar 2021. Die Festlegung des Integritätsschadens am linken Knie auf 15% begründete der Kreisarzt damit, dass die Bildgebung vor Implantation der Schlittenprothese medial am linken Kniegelenk eine mässige bis schwere femorotibiale Arthrose im medialen Kompartiment zeige. Im lateralen Kompartiment und retropatellär sei die Arthrose mässig im unteren Bereich. In der Summe sei der Zustand des linken Kniegelenkes wie bei einer mässig ausgeprägten Pangonarthrose im mittleren Bereich anzusehen. Diese werde gemäss Tabelle 5 mit einem Integritätsschaden von 20 % bewertet. Abzuziehen davon sei noch der Vorzustand (5%), da bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses im Jahr 2013 abnutzungsbedingte Knorpelschäden vor allem auf der Innenseite des Kniegelenkes nachgewiesen worden seien.

8.2.2 Im Rahmen der Beurteilung des Integritätsschadens vom 12. Januar 2023 hielt Dr. C.____ zusammenfassend fest, dass der Versicherte sich im Jahr 2010 eine Knieinnenläsion auf der rechten Seite zugezogen habe, wobei im Januar 2011 die arthroskopische Teilmenispektomie medial am rechten Kniegelenk inklusive Knorpelglättung und Plica-Resektion erfolgt sei. Im Verlauf sei es zu einer Verstärkung der bereits im Operationsbericht vom 24. Januar 2011 beschriebenen leichten Gonarthrose rechts gekommen, mit folgender Implantation einer Knieendototalprothese am 27. September 2021. Die Bildgebung vor Implantation dieser Prothese habe auf der rechten Seite medialseitig eine mässige Gonarthrose im oberen Bereich mit Übergang zur schweren Gonarthrose gezeigt. Lateralseitig sei der Kniegelenkspalt sowie der Knorpelüberzug noch recht gut erhalten, im unteren Bereich liege bestenfalls eine mässige Arthrose vor. Im femoropatellaren Kompartiment bestehe eine mässige Arthrose im mittleren Bereich. Für

das linke Knie liege ein ärztlicher Bericht des Spitals E.____ vom 18. September 2006 vor, in welchem eine Arthroskopie mit medialer Teilresektion des Meniskus am linken Knie am 09. Mai 2006 bei Status nach Verkehrsunfall aufgeführt sei. Bei zunehmender posttraumatischer Arthrose, ebenfalls medial betont am linken Kniegelenk, sei es hier am 26. November 2019 zu einer Implantation einer medialen Knieendoteilprothese gekommen. In der Bildgebung vor Implantation der Endoprothese habe sich am linken Kniegelenk medialseitig eine Arthrose von mässiger bis schwerer Ausprägung, lateralseitig von mässiger Ausprägung gezeigt. Im Schadenfall des Jahres 2021, den 1. Lendenwirbelkörper betreffend, zeige die Bildgebung einen im Wesentlichen in der Form erhaltenen Wirbelkörper, von der Fraktur hauptsächlich betroffen sei die vordere osteophytische und degenerativ bestehende Spange zum nächstoberen Wirbelkörper. Der posttraumatische Kyphosewinkel sei zu vernachlässigen, die im letzten Bericht vom November 2022 geschilderten Beschwerden über die gesamte Wirbelsäule liessen sich nicht mit Unfallfolgen an der Vorderkante des 1. Lendenwirbels erklären. Zur Begründung der Gesamtintegritätseinbusse von 39,5% führte Dr. C.____ aus, dass die Bildgebung vor Implantation der Knieendototalprothese auf der rechten Seite gesamthaft über alle Kompartimente gesehen eine Gonarthrose gezeigt habe, welche etwas ausgeprägter sei als eine mässige Gonarthrose im mittleren Bereich. In Abgleich mit Tabelle 5 der Suva sei der Integritätsschaden auf 22,5% zu schätzen. Hiervon sei der bereits 2010 im Operationsbericht und in der Bildgebung beschriebene Zustand der Degeneration abzuziehen, wobei der Anteil des Vorzustandes 5% betrage. Es resultiere eine geschuldete Integritätsentschädigung für das rechte Kniegelenk von 17,5 %. Auf der linken Seite liege der Beginn des Schadens im Jahre 2006, Bildgebungen aus dieser Zeit lägen indes nicht vor. In Kenntnis der Bildgebung vor Implantation der Knieendototalprothese links und in Abgleich mit Tabelle 5 der Suva sei der Integritätsschaden für das linke Kniegelenk auf 20 % zu beziffern, der Abzug eines Vorzustandes sei aufgrund der Aktenlage nicht gerechtfertigt. Die Dauerfolgen aus dem Schadenfall des Jahres 2021, den 1. Lendenwirbelkörper betreffend, seien für sich genommen nicht erheblich, die beklagten Beschwerden an der Wirbelsäule seien eher auf die in der Bildgebung ersichtlichen erheblichen degenerativen Veränderungen über die gesamte Wirbelsäule zurückzuführen als auf eine kaum verschobene Läsion der Vorderkante des 1. Lendenwirbelkörpers. Da jedoch die Erheblichkeitsgrenze bereits erreicht sei, könne der Integritätsschaden für diesen Fall auf 2% geschätzt werden. Gesamthaft liege damit ein Integritätsschaden von 39,5% vor.

8.2.3 In Bezug auf die Einwände der Rechtsvertreterin des Versicherten zum Integritätsschadens des rechten Knies stellte Dr. C.____ am 16. Februar 2024 Folgendes fest: Eine schwere Arthrose sei recht klar definiert mit folgenden radiologischen Zeichen: Ausgeprägte Osteophytenbildung, Gelenkspaltverschmälerung, deutliche Unregelmässigkeiten der Gelenkfläche, subchondrale Zysten, Deformierung/Nekrose der Gelenkpartner. Zur Schätzung des Integritätsschadens werde deshalb zu den Informationen im Operationsbericht die Bildgebung vor Implantation der Knieendototalprothese herangezogen, im konkreten Fall ein MRT vom 21. April 2021. Hier fänden sich keine Destruktionen der Gelenkpartner, keine subchondralen Zysten, keine namhafte subchondrale Verkalkung und eine nicht sehr ausgeprägte Osteophytenbildung. Es handle sich somit nicht um eine schwere Pangonarthrose. In Bezug auf den Integritätsschadens der Wirbelsäule sei festzuhalten, dass im konkreten Fall die Störung des Alignements der Wirbelsäule bloss unerheblich ist. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden

im Bereich der Wirbelsäule seien zumindest überwiegend wahrscheinlich nicht oder nur im unwesentlichen Umfang den unfallkausalen, strukturellen Läsionen zuzurechnen. Zum einen sei ein Knochen, welcher knöchern verheilt ist, nicht mehr schmerzhaft. Zum anderen fänden sich beim Versicherten in der gesamten Wirbelsäule teils erhebliche abnutzungsbedingte Veränderungen, welche allesamt das Potenzial für deutliche Schmerzen hätten. Ausserdem sei im Rahmen der Evaluation der funktionalen Leistungsfähigkeit eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden, sodass sich die Schätzung des Integritätsschadens vornehmlich auf objektivierbare Unfallfolgen stützen müsse und die subjektiven Angaben des Versicherten zu vernachlässigen seien.

8.2.4 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte der Versicherte zum Integritätsschaden eine Stellungnahme von Dr. J.____ vom 25. Juni 2024 ein. Darin führt dieser aus, dass bildgebend mit MRI-Aufnahme vom 21. April 2024 (recte wohl: 2021) sowohl am Schienbeinkopf als auch am Oberschenkelknochen Osteophyten erkennbar seien. Dies treffe sowohl medial als auch lateral zu. Auf einer Röntgenaufnahme vom 4. März 2021 sei überdies zu erkennen, dass der Gelenkspalt medial eindeutig verschlossen und lateral verschmälert sei. Es zeigten sich ausserdem deutliche Unregelmässigkeiten der Gelenkfläche insbesondere im Bereich der medialen Femurkondyle und korrespondierend am Tibiaplateau, subchondrale Zysten bzw. eine beginnende Zystenbildung medial tibial und femoral, sowie eine Aufhebung der Konvexität der medialen Femurkondyle. Es handle sich nach dem Ausgeführten beim Patienten um eine fortgeschrittene Arthrose insbesondere im medialen Gelenkabschnitt. Die von der Suva verlangten Kriterien zur Annahme einer schweren Arthrose fänden sich bloss in den seltensten Fällen vollständig, da bereits bei praktisch allen Patienten vorher eine operative Versorgung notwendig sei.

8.2.5 In seiner mit der Vernehmlassung eingereichten Stellungnahme vom 11. Juli 2024 hielt der Kreisarzt Dr. C.-____ an seiner bisherigen Beurteilung des Integritätsschadens fest. Dr. J.____ habe in seinem Bericht vom 25. Juni 2024 nachgewiesen, dass vor der Implantation der Knieendtotalprothese eine fortgeschrittene Arthrose, insbesondere im medialen Gelenkabschnitt vorgelegen habe. Dieser Aussage könne er vollumfänglich folgen. Die Schätzung des Integritätsschadens gehe indessen von einer Pangonarthrose aus. Aus einer fortgeschrittenen Arthrose in einem Gelenkabschnitt könne nicht auf eine fortgeschrittene Pangonarthrose mit gleichmässiger Betroffenheit aller Gelenkabschnitte geschlossen werden, zumal auf den demonstrierten Bildern zum Beispiel erkennbar sei, dass im lateralen Gelenkabschnitt ein guter Gelenkspalt vorliege. Bei einer Pangonarthrose müssten alle Gelenkabschnitte des Kniegelenks in gleichem Masse betroffen sein. Dies sei auf den eingereichten Bildern klar nicht der Fall, auch wenn die schwere Pangonarthrose zumindest in jüngster Zeit in der Schweiz in ihrer vollen Ausprägung nicht mehr oft zu sehen sei.

8.3 Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Beurteilung des Integritätsschadens vollumfänglich auf die kreisärztliche Beurteilung vom Dr. C.____ vom 12. Januar 2023. Wie bereits unter Erwägung 6 hiervor erwähnt, genügen die kreisärztliche Beurteilungen von Dr. C.____ den beweisrechtlichen Anforderungen. Insbesondere in Bezug auf die Einschätzung des Integritätsschadens bestehen an der Beurteilung vom 12. Januar 2023 und namentlich den Erläuterungen in der Stellungnahme vom 11. Juli 2024 keine auch nur geringen Zweifel. Die Schlussfolgerungen

des Kreisarztes sind im Hinblick auf die vorhandenen medizinischen Akten und Bildgebungen nachvollziehbar. Er erläutert schlüssig, weshalb aufgrund der Bildgebung zwar von einer fortgeschrittenen Arthrose in gewissen Bereichen des linken Knies auszugehen sei, diese jedoch nicht derart gleichmässig über alle Gelenkabschnitte vorliege, dass eine schwere Gonarthrose angenommen werden könne. Damit widerspricht er letztlich auch der Einschätzung des behandelnden Facharztes nicht, der von einer fortgeschrittenen Arthrose *insbesondere im medialen Gelenkabschnitt* ausgeht. In Übereinstimmung mit der Suva-Tabelle 5 hat Dr. C.____ nach dem Ausgeführten nachvollziehbar für das rechte Knie einen Integritätsschaden entsprechend einer «mehr als mässigen» Femorotibial-Arthrose im Umfang von 22,5% (abzüglich 5% für den dokumentierten Vorzustand) und für das linke Knie einen solchen im Umfang von 20% angenommen. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang insbesondere, dass die linksseitige Integritätseinbusse von 20% gemäss Suva-Tabelle 5 sowohl einer schweren Femorotibial-Arthrose als auch einer mässigen Pagonarthrose sowie denselben Arthrosen nach Endoprothese mit gutem Erfolg entspricht. Somit erscheint die Einschätzung der Integritätseinbusse auch in der Gesamtschau überzeugend. Die anerkannte Integritätseinbusse aufgrund der Deckplattenimpressionsfraktur im Umfang von 2% wird vom Versicherten im Rahmen des Beschwerdeverfahrens – zu Recht – nicht mehr beanstandet, womit sich diesbezügliche Ausführungen erübrigen.

8.4 Nach dem Ausgeführten steht fest, dass auf die Ausführungen von Dr. C.____ zur Integritätseinbusse vom 12. Januar 2023 und 11. Juli 2024 aus beweisrechtlicher Sicht abgestellt werden kann. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen – wie vorliegend – eine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten und der erlittenen Integritätseinbussen zu, so kann auf die von ihm beantragte Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Demzufolge ist im Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von insgesamt 39,5% (17,5% für den Schaden am rechten Knie, 20% für die Beeinträchtigungen am linken Knie sowie 2% für die verbleibenden Beschwerden an der Lendenwirbelsäule) zugesprochen hat.

9. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint und die Integritätseinbusse korrekt bemessen hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Mai 2024 ist folglich nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

10. 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wird dem anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zugesprochen (§ 21 Abs. 1 und Abs. 4 VPO).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.