



Fall-Nr.: UV 2012/14
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 29.10.2012
Entscheiddatum: 29.10.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2012

Art. 6 Abs. 1, Art. 18 Abs. 1 und Art. 19 Abs. 1 UVG. Der Fallabschluss per 8. August 2011 erfolgte zu Recht. Kein Anspruch auf Invalidenrente bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 8,8% (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2012, UV 2012/14).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 29. Oktober 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach,
8887 Mels,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 9. Januar 2006 als Produktionsmitarbeiter bei der B.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 29. November 2009 beim Fussballspielen das linke Knie verletzte (Suva-act. 1). Gleichentags wurde er vom erstbehandelnden Spital C.____ in das Kantonsspital St. Gallen verlegt (Suva-act. 1, 11, 14). Am 4. Dezember 2009 wurde aufgrund einer lateralen Tibiakopffraktur links (Typ Schatzker II) eine Kniearthroskopie links und anschliessend eine offene Reposition der Gelenkfraktur und Plattenosteosynthese durchgeführt, am 8. Dezember 2009 trat der Versicherte aus dem Kantonsspital St. Gallen aus (Suva-act. 9, 10, 11). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten; Suva-act. 183).

A.b Nach der Operation persistierten Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels sowie eine Gefühlsminderung im Bereich des kleinen Fingers und der ulnaren Handkante links, wobei die Ursache durch die elektrophysiologischen Untersuchungen nicht ermittelt werden konnte (Suva-act. 33, 34). Bis Ende März 2010 war der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 2, 11, 16, 22). Ab April 2010 gingen die Ärzte davon aus, dass eine 50%-ige Erwerbstätigkeit möglich sein sollte (Suva-act. 37, 40). Seit dem 21. April 2010 arbeitete der Versicherte zu 75% (Suva-act. 40, 41, 47). Am 9. Juni 2010 wurde eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, durchgeführt (Suva-act. 51). Die ab 17. August 2010 versuchte Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% scheiterte am 19. August 2010 (Suva-act. 67, 68). Ab 20. August 2010 bis zum Spitaleintritt zur Osteosynthesemetallentfernung am 10. September 2010 bestand weiterhin eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 76, 82). Danach wurde dem Versicherten bis zum 17. September 2010 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ab 30. September 2010 bestand eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 83, 85). Am 12. Oktober 2010 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Dr. D.____ statt (Suva-act. 95).



St.Galler Gerichte

A.c Eine Computertomographie (CT) vom 22. November 2010 des linken Knies nativ zeigte unter anderem eine regelrechte Artikulation femoro-tibial ohne Verminderung des Gelenkspalts sowohl im lateralen als auch im medialen Gelenkkompartiment (Suva-act. 109).

A.d Über den stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon vom 20. Oktober bis und mit 24. November 2010 wurde zunächst im provisorischen Kurzbericht vom 23. November 2010 informiert (Suva-act. 110). Während aus psychischen Gründen ab 25. November 2010 eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% bestehe und nur noch eine Arbeit im geschützten Rahmen realistisch sei, sei der Versicherte aus rein somatischer Sicht für schwere Arbeit ganztags ohne spezielle Einschränkungen arbeitsfähig. Daraufhin stellte die Suva mit Schreiben vom 30. November 2010 das Taggeld ab 25. November 2010 ein (Suva-act. 111). Dr. med. E.____, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, Chirotherapie und Sportmedizin, bescheinigte dem Versicherten weiterhin vom 25. November bis 17. Dezember 2010 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und vertrat die Ansicht, dass die psychische Dekompensation durch die unfallbedingten Knieschmerzen entstanden sei (Suva-act. 115, 119). Mit Austrittsbericht vom 25. November 2010 (Eingang: 17. Dezember 2010; act. 131) wurde die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab 25. November 2010 als nicht gegeben betrachtet. Aus rein somatischer, medizinisch-prognostischer Sicht (unfallkausal) sei bezüglich der angestammten Tätigkeit als Hilfslogistiker von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. Dabei sei eine ganztägige Arbeitszeit mit folgenden Einschränkungen zumutbar: Hebe- und Tragelimit von 15kg, alternierende Körperpositionen (teils stehend/gehend, teils sitzend), ohne wiederholte Kniezwangshaltungen wie Knien, Hocken, Kauern. Für andere berufliche Tätigkeiten sei aus rein somatischer, medizinisch prognostischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar, allerdings mit alternierenden Körperpositionen (teils stehend/gehend, teils sitzend), ohne wiederholte Kniezwangshaltungen wie Knien, Hocken, Kauern. Von der Fortsetzung der somatischen Behandlung könne keine namhafte Besserung mehr erwartet werden. Aufgrund dieses Berichts nahm die Suva am 17. Dezember 2010 ihre Stellungnahme vom 30. November 2010 zurück (Suva-act. 132).

A.e Dem Versicherten wurde auf den 28. Februar 2011 gekündigt (Suva-act. 135, 137).



St.Galler Gerichte

A.f Die CT des linken Kniegelenks vom 24. Januar 2011 zeigte beginnende posttraumatische arthrotische Veränderungen im Bereich des lateralen Tibiaplateaus und eine Demineralisation des dargestellten Skeletts (Suva-act. 164). Am 7. Februar 2011 konsultierte der Versicherte wegen Schmerzen und Sensibilitätsstörung im linken Bein Prof. Dr. med. F.____, Facharzt FMH Neurologie, extra- und intrakranielle Doppler-Duplexsonographie, Sargans (Suva-act. 165). Eine Nachkontrolle mit Röntgenaufnahmen des linken Knies vom 14. März 2011 zeigte eine laterale Stufenbildung, welche jedoch die generalisierten Schmerzen im gesamten linken Bein nicht erklären könne (Suva-act. 177). Am 15. März 2011 wurde von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, eine ärztliche Beurteilung erstellt (Suva-act. 174). Bei der ambulanten Untersuchung vom 6. Mai 2011 (Suva-act. 196) nach intraartikulärer Mischinfiltration am 30. März 2011 schlossen die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen eine intraartikuläre Schmerzgenese aus und berichteten, dass sich keine Hinweise für den Ursprung der Problematik zeige. Es seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen. Das Spital C.____ lehnte eine orthopädische Behandlung des Versicherten ab (Suva-act. 205).

A.g Mit Schreiben vom 28. Juni 2011 teilte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (Suva-act. 210).

A.h Mit Verfügung vom 4. August 2011 (act. G 1.4; Suva-act. 217) lehnte die Suva ihre Leistungspflicht bei einem Invaliditätsgrad von 4.82% ab mit der Begründung, dass unfallbedingt weder eine wesentliche Behinderung noch eine Erwerbseinbusse vorliege. Die Taggeldleistungen wurden per 8. August 2011 eingestellt.

B.

Die dagegen erhobene Einsprache vom 10. August 2011 (Suva-act. 219) samt Einspracheergänzung vom 7. Oktober 2011 (act. G 1.5; Suva-act. 223) wurde nach Ermittlung von neuen DAP-Arbeitsplatzprofilen und bei einem Invaliditätsgrad von 4.61% mit Einspracheentscheid vom 19. Januar 2012 (act. G 1.1; Suva-act. 228) abgelehnt.

C.



C.a Dagegen liess der Versicherte am 16. Februar 2012 durch Rechtsanwalt lic.iur. Rainer Braun, Mels, Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2012 sowie die Verfügung vom 4. August 2011 seien aufzuheben und dem Versicherten seien ab 8. August 2011 weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten, dies unter Entschädigungsfolgen (act. G 1). Zur vorläufigen Begründung führte der Rechtsvertreter insbesondere an, der gesundheitliche Endzustand sei noch nicht erreicht und es sei eine Verschlechterung eingetreten. Da die vorinstanzlichen Akten noch nicht bei ihm eingegangen waren, beantragte er die Einräumung der Gelegenheit zur Beschwerdeergänzung.

C.b Mit Schreiben vom 22. Februar 2012 (act. G 2) gewährte das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer eine Nachfrist zur Beschwerdeergänzung.

C.c Mit Beschwerdeergänzung vom 23. März 2012 fügte der Rechtsvertreter zum Einkommensvergleich an, dass bei der Bemessung des Valideneinkommens zu Unrecht lediglich von den Lohnstrukturerhebungen im privaten Sektor in der Region Ostschweiz ausgegangen worden sei. Die gesamtschweizerischen Zahlen im privaten und öffentlichen Sektor ergäben ein Einkommen von Fr. 62'304.--, und nach Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit und der Nominallohnsteigerung 2011 von Fr. 65'639.-- pro Jahr. Beim Invalideneinkommen betrage das durchschnittliche Einkommen der von der Vorinstanz angeführten Arbeitsplätze nicht Fr. 56'947.--, sondern Fr. 55'947.--. Nach einer Reduktion um 12% (wegen Unterdurchschnittlichkeit) resultiere ein Invaliditätsgrad von 9,65%, welcher auf 10% aufzurunden sei. Aufgrund des Arbeitswegs und zu erwartenden krankheitsbedingten Absenzen sei zudem mit einem geringeren Einkommen im Vergleich zu gesunden Mitarbeitern zu rechnen.

C.d Mit Eingabe vom 13. April 2012 (act. G 5) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Edition der MRI-Bilder vom 20. Januar 2012 und um einstweilige Sistierung des Verfahrens in Hinblick auf eine mögliche Wiedererwägung, allenfalls um Fristerstreckung für eine Beschwerdeantwort.

C.e Am 19. April 2012 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die MRI-Bilder vom 20. Januar 2012 ein (Eingang: 23. April 2012; act. G 7). Am 24. April 2012



St.Galler Gerichte

wurden diese der Beschwerdegegnerin zur Einsichtnahme zugestellt und eine neue Frist zur Einreichung der Beschwerdeantwort angesetzt (act. G 8).

C.f Am 21. Mai 2012 wurde von PD Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH vom Suva Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin eine ärztliche Beurteilung erstellt (Suva-act. 233).

C.g Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass gemäss ärztlicher Beurteilung von Dr. G.____ vom 15. März 2011 (vgl. Suva-act. 174) aus somatischer Sicht der medizinische Endzustand auch unter Berücksichtigung des MRI vom 20. Januar 2012 unverändert per 24. November 2010 erreicht gewesen sei und sich seine Zumutbarkeitsbeurteilung mit derjenigen der Rehaklinik Bellikon decke. Das Invalideneinkommen von Fr. 55'947.60 sei korrekt ermittelt worden. Der chondromalazische Defekt sei keine neue Verletzungsfolge, sondern ein erwartungsgemässer Zustand nach osteosynthetisch versorgter Tibiakopffraktur, welche bereits in der Beurteilung von Dr. G.____ vom 15. März 2011 berücksichtigt worden sei. Dies ergebe sich auch aus der ärztlichen Beurteilung von PD Dr. H.____ vom 21. Mai 2012 (vgl. Suva-act. 233). Die verdachtsweise erwähnte Läsion des Vorderhorns des Innenmeniskus sei einerseits nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, andererseits sei sie nicht unfallkausal. Das mediale Gelenkkompartiment sei vom Unfall gar nicht betroffen gewesen. Die ausgewählten fünf DAP-Arbeitsplätze seien behindertengerecht und vorbehaltlos zumutbar. Da der Durchschnitt der Durchschnittslöhne gemäss Rechtsprechung in Anschlag zu bringen sei und keine besonderen Umstände auszumachen seien, bestehe kein Anlass, vom Invalidenlohn von Fr. 55'947.60 abzuweichen. Die Beschwerdegegnerin halte an ihrem Standpunkt, dass für die Bemessung der Unterdurchschnittlichkeit des Validenlohns die LSE der Grossregion Ostschweiz beizuziehen sei, fest. Im Gegensatz zum Entscheid des Bundesgerichts U 8/07 vom 20. Februar 2008 sei der Invalidenlohn nicht auf Grund gesamtschweizerischer Tabellenlöhne zu bestimmen gewesen, sondern anhand des Durchschnitts der Durchschnittslöhne der DAP-Arbeitsplätze.

C.h Mit Replik vom 15. Juni 2012 (act. G 11) und Duplik vom 5. Juli 2012 (act. G 13) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest.



Erwägungen:

1.

1.1 Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz des Devolutiv-effekts missachtet hat, als sie am 21. Mai 2012 durch PD Dr. H.____ eine ärztliche Beurteilung erstellen liess (Suva-act. 233).

1.2 Der Beschwerde kommt als ordentliches Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Die Behandlung der Angelegenheit geht mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. Einholen von Bestätigungen oder Rückfragen) zugelassen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2009, N 73 zu Art. 61). Eine Ausnahme vom Prinzip des Devolutiveffekts gilt im Beschwerdeverfahren insofern, als der Versicherungsträger den angefochtenen Einspracheentscheid bis zu seiner Vernehmlassung in Wiedererwägung ziehen kann (Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]; Kieser, a.a.O., N 74 zu Art. 61 und N 46 ff. zu Art. 53). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung für die (Streit-)Sache und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE 127 V 228 E. 2b/bb). Im konkreten Fall wurde ein Tag nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids (20. Januar 2012) ein MRI durchgeführt und nebst chondromalazischem Defekt des lateralen Tibiaplateaus auch ein dringender Verdacht auf radiäre Ruptur des Vorderhorns des Innenmeniskus geäussert (act. G 1.6). Der Beschwerdeführer liess dem angerufenen Versicherungsgericht den entsprechenden Bericht zukommen. Daraufhin beantragte die Beschwerdegegnerin die Edition dieser MRI-Bilder und stellte ein Sistierungsbegehren in Hinblick auf eine mögliche Wiedererwägung. Da sich unter diesen Umständen eine punktuelle Abklärung *lite pendente* im Sinn einer fachärztlichen Beurteilung der zum Entscheidzeitpunkt noch nicht existierenden MRI-Bilder als notwendig erwies, um zu beurteilen, ob sich allenfalls eine Wiedererwägung



aufdränge, ist der Devolutiveffekt nicht als verletzt zu betrachten und der achtseitige ärztliche Bericht vom 20. Januar 2012 aus prozessökonomischen Gründen in die Beurteilung mit einzubeziehen.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer lässt in materieller Hinsicht zunächst vorbringen, dass der gesundheitliche Endzustand am 8. August 2011 noch nicht erreicht gewesen sei. Insbesondere stehe der mit MRI-Bildern vom 20. Januar 2012 festgestellte dringende Verdacht auf radiäre Ruptur des Vorderhorns des Innenmeniskus einem Fallabschluss entgegen.

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.).

2.3 Nach bundesgerichtlicher Praxis (BGE 134 V 109) ist die Adäquanzprüfung im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorzunehmen. Dem Gesetz lässt sich nicht entnehmen, zu welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer den Fall abschliessen und die Heilbehandlungen und Taggelder einstellen darf. Dieser Zeitpunkt ergibt sich jedoch aus Art. 19 Abs. 1 UVG, wonach 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. Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, der Versicherer hat die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands 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 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. "Namhaft" bedeutet, dass die Besserung ins Gewicht fallen muss und unbedeutende Verbesserungen ebenso wenig genügen wie die blosse Möglichkeit einer Besserung (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2009, 8C_25/2009, E. 4.1.1 mit Hinweisen).

2.4 Die Beschwerdegegnerin nahm den Fallabschluss per 8. August 2011 vor (act. G 1.4). Eingliederungsmassnahmen der IV standen zu jenem Zeitpunkt nicht mehr zur Diskussion, zumal die IV-Stelle am 28. Juni 2011 feststellte, dass weder die Voraussetzungen für Arbeitsvermittlung noch für eine realistische Vermittelbarkeit gegeben seien, da der Beschwerdeführer sich nicht in der Lage fühle, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen und eine Anmeldung beim RAV nicht in Frage komme (Suva-act. 210).

2.5 Bereits im Austrittsbericht vom 25. November 2010 wird erwähnt, dass von der Fortsetzung der somatischen Behandlung aus orthopädischer und rehabilitativer Sicht keine namhafte Besserung erwartet werden könne und der Fallabschluss vorgeschlagen werde (Suva-act. 131). Die Empfehlung einer ambulanten psychiatrischen Weiterbehandlung erfolgte lediglich aus unfallfremden Gründen (mittelgradige depressive Episode mit latenter Suizidalität bei einer vorbestehenden depressiven Symptomatik und einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung, zudem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzkomponente mit auch dissoziativ und konversiv anmutenden Tendenzen; Suva-act. 131, S. 4). Die Ursache der Schmerzen und der Sensibilitätsstörung im linken Bein konnte weder bei der neurologischen Untersuchung am 4. Februar 2011 bei Prof. Dr. F.____ (Suva-act. 165) noch bei den ambulanten Untersuchungen am 14. März (Suva-act. 177) und am 6. Mai 2011 (Suva-act. 196) im Kantonsspital St. Gallen, Klinik für Orthopädische Chirurgie, substantiiert werden und eine weitere Behandlung war nicht mehr vorgesehen. Prof. Dr. F.____ äusserte sogar den Verdacht auf eine Aggravation oder zumindest somatoforme Schmerzstörung (Suva-act. 165). Auch



Kreisarzt Dr. G.____ ging am 15. März 2011 von einem Endzustand vonseiten des linken Knies seit der Entlassung aus der Rehaklinik Bellikon aus, wies jedoch darauf hin, dass sich die Prognose in Bezug auf die mögliche Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose schwer formulieren lasse (Suva-act. 174). Bereits an den kreisärztlichen Untersuchungen vom 9. Juni 2010 (Suva-act. 51) und vom 12. Oktober 2010 (Suva-act. 95) wies er auf das Bestehen von deutlichen Chronifizierungshinweisen mit Somatisierungstendenz hin. Das Spital C.____, Klinik für Chirurgie und Orthopädie, lehnte am 24. Mai 2011 eine orthopädische Behandlung des Beschwerdeführers ab (Suva-act. 205). Seitdem waren bis zum im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Radiologie I.____ vom 20. Januar 2012 (act. G 1.6) keine medizinischen Behandlungen mehr aktenkundig. Die medizinische Aktenlage bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung am 4. August 2011 bzw. des Einspracheentscheids am 19. Januar 2012 liess ohne weiteres den Schluss zu, dass keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in Hinblick auf eine Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten war. Zu prüfen ist, ob sich an dieser Sachlage durch die Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 20. Januar 2012 etwas geändert hat.

2.6 Die MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 20. Januar 2012 ergab einen Status nach lateraler Tibiakopffraktur mit chondromalazischem Defekt des lateralen Tibiaplateaus sowie einen dringenden Verdacht auf radiäre Ruptur des Vorderhorns des Innenmeniskus (act. G 1.6). Dr. E.____ berichtete am 6. Februar 2012 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers (act. G 1.7). PD Dr. H.____ ist in seiner ärztlichen Beurteilung vom 21. Mai 2012 (Suva-act. 233) der Ansicht, dass die Tibiakopffraktur unter einem komplett erhaltenen Meniskus im lateralen Kompartiment zur Annahme einer günstigen Prognose berechtige und Folgen einer verletzungsbedingten Verschlechterung im verletzten, also lateralen Kompartiment zu erwarten seien. Eine Pathologie im Bereich der anderen Gelenkkompartimente, medial, respektive auch femoro-patellar, liesse sich als Folge einer Verletzung des lateralen Gelenkkompartiments nicht erklären. Der kernspintomografisch am 20. Januar 2012 geäusserte Verdacht auf Läsion des Vorderhorns des Innenmeniskus, also in dem nicht von der Verletzung betroffenen medialen Gelenkkompartiment, sei damit nur als unwahrscheinliche Folge des Geschehens vom 29. November 2009 einzuschätzen. Auch der Effekt der



intraartikulären Infiltration vom März 2011 spreche gegen eine intraartikuläre Schmerzursache. Im Bereich des Vorderhorns des Innenmeniskus bestehe ein unklarer Befund, wobei nach Diskussion mit Dr. J.____, Facharzt für Radiologie, eine radiäre Ruptur des Vorderhorns nicht anzunehmen, der Befund jedoch gleichwohl suspekt sei. Ein natürlicher Kausalzusammenhang sei unwahrscheinlich. Die chondromalazischen Defekte entsprächen dem erwartungsgemässen Zustand nach osteosynthetisch versorgter Tibiakopffraktur. Das Ergebnis nach Verletzung könne immer nur eine Reparatur sein; der ursprüngliche, unverletzte Zustand, die Restitutio ad integrum, sei für hyalinen Gelenkknorpel nicht mehr erreichbar. Die Annahme, dass die chondromalazischen Veränderungen neu aufgetreten seien, sei nicht zulässig, da seit dem Unfallgeschehen bis zum 20. Januar 2012 keine Kernspintomographie des linken Knies angefertigt worden sei und der intraoperative Arthroskopie-Befund vom 4. Dezember 2009 naturgemäss lediglich frische Verletzungsfolgen dokumentieren könne. Die chondromalazischen Defekte ständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. November 2009 und seien bereits in der Beurteilung von Dr. G.____ vom 15. März 2011 berücksichtigt worden. Der medizinische Endzustand sei per 24. November 2010, bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik Bellikon, in dem Sinn erreicht gewesen, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Erhöhung der Arbeitsfähigkeit mehr erwartet werden konnte. Mit Gutachten vom 9. Juni 2012 (act. G 11.1) erklärte Dr. E.____, dass es gegen das Gutachten von PD Dr. H.____ grundsätzlich nichts einzuwenden gebe. Er habe die gesundheitlichen Folgen beim Beschwerdeführer korrekt beurteilt. Das Vorliegen einer Innenmeniskusverletzung lasse sich nicht allein mit einer Kernspintomographie definitiv feststellen, sondern erfordere die Durchführung einer Arthroskopie anhand der Symptome. Anschliessend müsse neu beurteilt werden, ob die Meniskusruptur aufgrund der Fehlbelastung der Beine in den letzten zwei Jahren entstanden sei. Da alle bisherigen Massnahmen (Antiphlogistika, intraartikuläre Injektionen auch mit Kortikoiden) überhaupt keine Besserung erbracht hätten, würde er einer operativen Massnahme nicht uneingeschränkt zustimmen, da wohl auch durch eine Meniskusentfernung keine Besserung zu erreichen sei. Die Beurteilung entspreche dem neuesten Stand der Medizin.

2.7 Unbestritten ist, dass sich der Meniskus am 4. Dezember 2009, also fünf Tage nach dem Unfallereignis, bei der Kniearthroskopie links im medialen und lateralen



Gelenkkompartiment in gesamter Zirkumferenz intakt zeigte und sich mit dem Tasthaken keine Luxation provozieren liess (Suva-act. 10). Auch am 26. März 2010 waren die Meniskuszeichen noch negativ (Suva-act. 37). Als direkte Unfallfolge scheidet die über zwei Jahre nach dem Unfallereignis erstmals verdachtweise geäusserte Läsion am Vorderhorn des Innenmeniskus somit klarerweise aus und deren traumatische Verursachung beim Unfallereignis vom 29. November 2009 ist auszuschliessen. Auch erscheint es eher unwahrscheinlich, dass die Meniskusläsion eine indirekte Unfallfolge bzw. Spätfolge bildet. Einerseits handelt es sich vorliegend ohnehin lediglich um eine Verdachtsdiagnose, andererseits wird als Ursache eines Meniskusrisses neben dem Trauma lediglich noch die Degeneration genannt (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, 262. neu bearbeitete und erweiterte Auflage Berlin/New York 2010, S. 1297). Der Unfall vom 29. November 2009 fällt als traumatisches Ereignis ausser Betracht. Fehl- oder Überbelastungen werden nicht als Ursache einer Meniskusläsion aufgeführt und Risse chronisch degenerierter Menisken kommen ohne Unfall oder bei geringfügigem Trauma, bei unphysiologischen, unkoordinierten Bewegungen weit häufiger vor als die akuten Verletzungen (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, Patientensorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Auflage 2005, S. 1057). Selbst wenn die Ruptur des Meniskus in einer Fehlbelastung der Beine begründet läge, könnte gemäss Dr. E.____ durch eine operative Massnahme keine Besserung der Beschwerden erreicht werden (act. G 11.1). Zudem ist auch aufgrund der Verletzung im medialen Segment und des Ausschlusses einer intraartikulären Schmerzgenese im Einklang mit der schlüssigen, nachvollziehbaren und in Kenntnis der medizinischen Akten abgegebenen ärztlichen Beurteilung vom 21. Mai 2012 von PD Dr. H.____ ein natürlicher Kausalzusammenhang der Meniskusläsion zum Unfallereignis vom 29. November 2009 zu verneinen. Die chondromalazischen Defekte sind gemäss Bericht von PD Dr. H.____ vom 21. Mai 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal auf den Unfall vom 29. November 2009 zurückzuführen. Als Chondromalazie wird eine nachgewiesene Erweichung des Patellaknorpels bezeichnet (Pschyrembel, a.a.O., S. 372 unter "Chondromalacia patellae"). In seiner Beurteilung vom 15. März 2011 enthielt sich Dr. G.____ einer Festlegung der Integritätseinbusse, da er die mögliche Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose nicht einschätzen könne (Suva-act. 174). Dr. E.____ befand, dass eine erneute Arthroskopie (ASC) des linken Knies drohe und in



Zukunft mit einem Fortschreiten der Arthrose und einer TP-Implantation (Endoprothese) zu rechnen sei (act. G1.7). Dass sich die Notwendigkeit einer Behandlung im Sinn einer arthroskopischen Exploration oder TP-Implantation bereits zum jetzigen Zeitpunkt ergebe und ob dies unabhängig davon allenfalls zu einer relevanten und längerfristigen Besserung des Gesundheitszustands mit Blick auf eine erhöhte Arbeitsfähigkeit führen könnte, geht aus dem Bericht von Dr. E.____ nicht hervor. Aus den Akten ergeben sich damit auch keine Behandlungsvorschläge, von denen sich der Beschwerdeführer eine ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustands erhoffen könnte. Im Übrigen können die allfälligen Folgen der Chondromalazie bzw. einer Arthrose im Rahmen von Art. 21 UVG allenfalls auch nach Festsetzung der Rente vom Unfallversicherer übernommen werden.

2.8 Der Fallabschluss per 8. August 2011 ist somit zu Recht erfolgt.

3.

3.1 Des Weiteren ist streitig, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat.

3.2 Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschreibt Invalidität als die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird wiederum als der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt bezeichnet (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads sind die Art. 18 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 16 ATSG anwendbar. Danach 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). Art. 20 Abs. 1 UVG zufolge beträgt die Invalidenrente bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes, bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt.

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

3.4 Gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 25. November 2010 (Suva-act. 131) ist in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus rein somatischer, medizinisch prognostischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar, mit den speziellen Einschränkungen, dass alternierende Körperpositionen (teils stehend/gehend, teils sitzend) möglich sein sollen und keine wiederholten Kniezwangshaltungen wie Knien, Hocken, Kauern durchgeführt werden müssen. Dr. G.____ ging zudem davon aus, dass das Heben und Tragen von Lasten eher episodisch geschehen sollte, mit einer Gewichtslimite von 15 kg, obwohl diese Einschränkung von der Rehaklinik Bellikon nur in Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers formuliert worden war (Suva-act. 174 S. 8 f, 131 S. 2). Die Auswirkungen des lateralen Meniskusrisses sind mangels natürlicher Kausalität beim Zumutbarkeitsprofil nicht zu berücksichtigen. Die posttraumatische Arthrose wurde in die Beurteilung von Dr. G.____ mit einbezogen, wobei er zu jenem Zeitpunkt noch keine Prognose stellen konnte. PD



Dr. H.____ berichtete am 21. Mai 2012, dass sich die Situation seit der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. G.____ vom 15. März 2011 nicht wesentlich geändert habe und an dieser festzuhalten sei (Suva-act. 233). Neu sei lediglich die Darstellung der chondromalazischen Defekte mittels Kernspintomographie. Die Befunde entsprächen dem erwartungsgemässen Zustand nach osteosynthetisch versorgter Tibiafraktur. Hyaliner Knorpel sei im Gegensatz zum Knochen nach Verletzung nicht in der Lage, eine komplette Wiederherstellung im Sinn der Regeneration zu erlangen. Wie es der kernspintomographische Befund ebenfalls beschreibe, seien diese chondromalazischen Defekte unter dem intakten lateralen Meniskus gelegen, welche hierdurch einen mechanischen Schutz erfahren würden. Dies bestätige die günstige Prognose von Dr. G.____. Auf diese nachvollziehbare Beurteilung ist abzustellen und es ist gestützt darauf davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer zumutbaren Tätigkeit, wie sie Dr. G.____ festgelegt hat, zu 100% arbeitsfähig ist.

3.5 Die Höhe des Valideneinkommens des Beschwerdeführers im Jahr 2011 von Fr. 54'489.-- ist an sich unbestritten. Unbestritten ist auch, dass dieses Einkommen deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt. Während der Beschwerdeführer der Ansicht ist, dass bei der Parallelisierung die gesamtschweizerischen Zahlen im privaten und öffentlichen Sektor zugrunde zu legen seien, vertritt die Beschwerdegegnerin die Auffassung, es sei von den Lohnstrukturhebungen im privaten Sektor in der Region Ostschweiz auszugehen. Gestützt auf das Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2012, 8C_744/2011, E. 5, sind bei der Parallelisierung die gesamtschweizerischen Zahlen massgeblich, weshalb auf den LSE-Tabellenlohn von monatlich Fr. 5'192.-- bzw. jährlich Fr. 62'304.-- (2010, TA1 im Bereich verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren [Position 10-33], Anforderungsniveau 4, Männer) abzustellen ist. Dieser Lohn ist zudem auf die in der Branche verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren (Position 10-33) betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,2 Stunden aufzurechnen und an die Nominallohnentwicklung 2011 (+0,9%) anzupassen. Dies ergibt ein Jahreseinkommen von Fr. 64'751.--. Der Validenlohn des Beschwerdeführers von Fr. 54'489.-- liegt 15,85% unter diesem Tabellenlohn. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer eine Tätigkeit mit unterdurchschnittlicher Entlohnung ausübte, war überwiegend wahrscheinlich nicht darauf zurückzuführen, dass er sich freiwillig mit einem tieferen Lohn begnügen wollte, sondern dürfte invaliditätsfremde Ursachen (eingeschränkte



Arbeitsplatzauswahl auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt; fehlende einschlägige Ausbildung) gehabt haben, weshalb eine Parallelisierung (BGE 135 V 297) geboten erscheint.

3.6 Gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2012, 8C_744/2011, E. 6.1, hat die Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens in den Fällen, bei denen zufolge Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens ein statistischer (gesamtschweizerischer) Wert anstelle des effektiv erzielten Verdienstes herangezogen wird, grundsätzlich gestützt auf den LSE-Tabellenlohn zu erfolgen. Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf DAP-Profile abgestellt. Das Bundesgericht hat Invaliditätsbemessungen unter Bezug von DAP-Profilen, bei welchen es sich nicht um statistische Werte handelt (BGE 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1 und 4.2.2), auch in Fällen mit statistisch (gesamtschweizerisch) gesehen unterdurchschnittlichem Valideneinkommen dann geschützt, wenn der DAP-Lohn (Durchschnitt der fünf ausgewählten Arbeitsplätze; BGE 129 V 472) erheblich unter dem Durchschnitt aller den Suchkriterien entsprechenden DAP-Einkommen oder deutlich unter dem statistischen (gesamtschweizerischen) Durchschnittslohn lag (Urteile des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2008, 8C_445/2008, E. 5.3.2, vom 26. August 2010, 8C_413/2010, E. 7 und vom 25. April 2012, 8C_744/2011, E. 7.1). Der DAP-Lohn von Fr. 55'947.-- liegt über dem Durchschnitt aller 87 gemäss dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers in Frage kommenden DAP-Profile von Fr. 54'634.-- (vgl. Suva-act. 226). Der LSE-Tabellenlohn von monatlich Fr. 4'901.-- bzw. jährlich Fr. 58'812.-- (2010, TA1, Anforderungsniveau 4, Männer) überschreitet nach Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden und an die Nominallohnentwicklung 2011 von 1% - woraus Fr. 61'925.-- resultieren - den DAP-Lohn von Fr. 55'947.-- um 9,6%. Mit anderen Worten würde sich nach einem Leidensabzug von 10% ein Invalideneinkommen von Fr. 55'732.-- ergeben. Ein höherer Leidensabzug würde sich im vorliegenden Fall klarerweise nicht rechtfertigen. Selbst wenn nun aber dieser nach LSE bestimmte Lohn von Fr. 55'732.-- herangezogen, aufgrund der Einkommensparallelisierung um 10,85% (15,85% abzüglich 5% [BGE 135 V 297 E. 6.1.3]) herabgesetzt und dem Valideneinkommen von Fr. 54'489.-- gegenübergestellt würde, ergäbe sich lediglich ein rentenausschliessender



Invaliditätsgrad von 8,8%. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb den Anspruch auf eine Invalidenrente im Ergebnis zu Recht verneint.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

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