

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/40 vom 20. Mai 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_40

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/40 du 20 mai 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/40 del 20 maggio 2021

Regeste

Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale somatische Beschwerden vor; die Adäquanz der psychischen Beschwerden ist zu verneinen. Der Beschwerdeführer war in somatischer Hinsicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Kein Anspruch auf eine Rente und eine höhere Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20.Mai 2021, UV 2019/40).

Volltext

Entscheid vom 20. Mai 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2019/40 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher Frank Goecke, advokatur rechtsanker, Ankerstrasse 24, Postfach 9822, 8036 Zürich, gegen AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, LL.M., Thouvenin Rechtsanwälte, Klausstrasse 33, 8024 Zürich, Gegenstand Invalidenrente / Integritätsentschädigung Sachverhalt A.____ war im Nebenverdienst bei der B.____ AG tätig (hauptberuflich Sanitärmoniteur; vgl. UV-act. A101) und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert, als er am 13. Juni 2009 als Motorradfahrer mit einem Transporter kollidierte (UV-act. A1). Die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) diagnostizierten eine intraarticuläre distale Radiusfraktur C3 links, eine Os pisiforme Luxation links und eine Thoraxkontusion rechts. Sie führten am Unfalltag eine offene Reposition mit innerer Fixierung (ORIF) und eine palmare Plattenosteosynthese links durch (UV-act. M1, M3, M101 ff.). Am 24. August 2009 befanden die behandelnden Ärzte des KSSG, der Versicherte sei für eine handwerkliche Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. M5). Aufgrund einer Instabilität des Os pisiforme (vgl. UV-act. M14) unterzog sich der Versicherte am 9. April 2010 in der C.____ Klinik einer Exzision desselben. Gleichzeitig erfolgte eine Metallentfernung und die Entfernung zweier subkutaner Lipome am volaren proximalen Vorderarm links (UV-act. M16 f.). Nachdem Dr. med. D.____, Oberarzt Handchirurgie, C.____ Klinik, eine Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae festgestellt hatte (vgl. UV-act. M22 f.), führte dieser am 19. Juli 2010 in der C.____ Klinik eine Resektion des Processus styloideus ulnae links durch (UV-act. M24). Am 13. Dezember 2010 äusserte Dr. D.____ einen Verdacht auf eine Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris und einen Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom links. Er habe den Versicherten zu einer neurologischen Untersuchung angemeldet (UV-act. M35, vgl. auch frühere Berichte von Dr. D.____;

UV-act. M28, M31). Dr. D. ___ führte am 13. Januar 2011 aus, die ENMG-Untersuchung (vgl. UV-act. M37) habe unauffällige Befunde gezeigt. Die Restbeschwerdesymptomatik sei sehr vielschichtig einzuordnen. Eine komplette Befundbesserung durch einen erneuten Eingriff schein ihm sehr ungewiss, weshalb er die Nachbehandlung in seiner handchirurgischen Sprechstunde abschliesse. Die Arbeitsunfähigkeit sei bei 100 % verblieben, könnte aber nach einer beruflichen Umorientierung angepasst werden (UV-act. M36). Ab 31. Januar 2011 wurde der Versicherte in der Praxis E. ___ mit myofaszialer Therapie und Frequenztherapie behandelt. Am 14. Dezember 2011 berichtete der zuständige Therapeut F. ___, Dipl. RM Masseur/MFR, es zeige sich eine deutliche Besserung der Flexibilität des Handgelenks, der Beweglichkeit und der Schmerzempfindung. Während der Behandlung sei aufgefallen, dass die Vertebraalsegmente C6/C7/Th1 eine übernatürliche Spannung aufgewiesen hätten und eine Verschiebung dieser Wirbelsegmente vorhanden sei. Es könne davon ausgegangen werden, dass eine Nervenwurzelirritation vorhanden sei, was einen negativen Einfluss auf die nervalen Dermatome habe. Während des Lösens der Vertebraalsegmente hätten sich deutliche Reaktionen im Bereich des linken Handgelenks gezeigt, was auf eine deutliche unfallbedingte myofasziale Verspannung schliessen lasse. Aktuell konzentriere sich die Behandlung auf das Lösen der noch vorhandenen muskulären Verspannungen im Nacken-Thoraxübergang (UV-act. M40, vgl. UV-act. M39). Am 12. November 2012 hielt F. ___ fest, während der nächsten fünf Behandlungen sollte eine nachhaltige Besserung der Schmerzempfindung im linken Handgelenk und der Wirbelsäulensegmente erzielt werden. Höchstwahrscheinlich werde eine leicht erhöhte Reizbarkeit im Handgelenk verbleiben (UV-act. M42, vgl. auch UV-act. M41, M43). Im Auftrag der AXA wurde der Versicherte am 12. März 2013 durch Dr. med. G. ___, Orthopädie H. ___ untersucht. Dieser befand am 15. April 2013, zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit sei keine dauernde Behandlung notwendig. Der Integritätsschaden liege unter 5 % (UV-act. M44). Die AXA teilte dem Versicherten am 22. April 2013 mit, sie sehe vor, ihm keine Integritätsentschädigung auszurichten (UV-act. A18). Der Versicherte erklärte sich damit nicht einverstanden (UV-act. A19). Im Herbst 2013 schloss der Beschwerdeführer die 2011 begonnene, von der IV-Stelle unterstützte Umschulung zum technischen Kaufmann ab. Er bestand die schulinterne Prüfung, nicht jedoch die eidgenössische Abschlussprüfung (vgl. UV-act. A12, A15, M52). Dr. med. I. ___, Neurologie FMH, untersuchte den Versicherten am 13. Mai 2014. Gleichentags hielt sie fest, es lägen wahrscheinlich alltagsrelevante neuropsychologische Funktionsstörungen als Folge des Unfalls vom 13. Juni 2009 vor. Am 22. November 2010 habe der Versicherte einen weiteren Autounfall erlitten, habe danach aber keine relevanten Beschwerden gehabt (UV-act. M50; bzgl. des zweiten Unfalls vgl. UV-act. M45, M60). Am 28. Mai 2014 wurde in der J. ___ Klinik, ein MRI-Untersuchung des Knies links durchgeführt, welche eine diskrete Chondropathia patellae Grad II zur Darstellung brachte. Als Indikation wurde unter anderem ein Status nach Knieprellung links 2009 aufgeführt (UV-act. M47). Im Juni 2014 wurde der Versicherte in der K. ___ Klinik konsiliarisch neuropsychologisch untersucht. Die zuständigen medizinischen Fachpersonen berichteten am 4. bzw. 8. Juli 2014 über leichte neuropsychologische Funktionsstörungen bei affektiver Störung mit Schlafstörung und einem chronifizierten cervicospondylogenen Schmerzsyndrom. Sie empfahlen dringend eine angemessene psychiatrische Behandlung der affektiven Problematik (UV-act. M52 f.) Auf Nachfrage der AXA (vgl. UV-act. A28) berichtete Dr. med. L. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 14. Juli 2014 unter anderem, der Versicherte habe erstmals im Zusammenhang mit dem Unfall von 2009

Kniebeschwerden geäußert. Die neuropsychologischen und psychischen Beschwerden habe der Versicherte erstmals 2012 beobachtet (UV-act. M55). Dr. med. M.____, Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum, welcher den Versicherten ab 18. August 2014 behandelte, berichtete am 22. August 2014 über die vorläufige Arbeitsdiagnose einer mittelgradig depressiven Episode (ICD-10: F32.1; UV-act. M58). Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, beratender Arzt der AXA, beurteilte am 5. November 2014, die Schmerzen und Überlastungserscheinungen im Bereich des linken Handgelenks und der linken Handwurzel seien überwiegend wahrscheinlich als Folge des Unfalls vom 13. Juni 2009 einzustufen. Das zweite Unfallereignis vom 22. November 2010 dürfte möglicherweise zu einer kurzen vorübergehenden Verschlimmerung der Vorzustände im Bereich der HWS geführt haben (UV-act. M61). Dr. L.____ beurteilte am 23. September 2015 auf Nachfrage der AXA, die Beschwerden am Knie sowie am Handgelenk links seien "mit überwiegender Kausalität auf das Unfallereignis zurückzuführen". Die Beschwerden der Kognition und des Schwindels könnten eine Reaktion auf die Krankheitssituation respektive das chronische Schmerzsyndrom darstellen. Der Versicherte könne seine Arbeit zur kaufmännischen Umschulung in einem Pensum von 50 % (halbtags) ausführen (UV-act. M64). PD Dr. med. O.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, untersuchte den Versicherten am 13. Oktober 2015. In seinem Bericht vom 15. Oktober 2015 hielt er als Diagnosen einen Verdacht auf ein posttraumatisches antero-mediales Hoffa- bzw. Plica-Impingement links, einen Status nach Kniekontusion links 2009 mit Rissquetschwunde (RQW) und einen Status nach mehrfachen Handgelenkseingriffen links bei komplizierter Radiusfraktur 2009 fest (UV-act. M67). Dr. L.____ berichtete am 11. November 2015, im Zusammenhang mit dem Unfall von 2009 seien Fussbeschwerden aufgetreten. Die erste Konsultation betreffend die Fussprobleme habe am 23. September 2015 stattgefunden (UV-act. M69). Der seit 2015 behandelnde Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 13. Januar 2016 über eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Motorradunfall (ICD-10: F43.1) und eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2; UV-act. M76). Dr. N.____, beratender Arzt der AXA, befand am 24. Februar 2016, eine neurologische Beurteilung sei dringend indiziert. Ohne kritische neurologische Beurteilung insbesondere der geltend gemachten Schmerzen im Handgelenk sei keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr erklärbar. Der Versicherte könne sein Arbeitspensum an seinem optimalen Arbeitsplatz auf 100 % steigern. Er sehe keine weiteren therapeutischen Massnahmen (UV-act. M77). Ab März 2016 wurde der Versicherte im Schmerzzentrum des KSSG behandelt. Die zuständigen Ärzte berichteten am 4. April 2016 über ein chronifiziertes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) des Handgelenks bei Zustand nach Motorradunfall (UV-act. M83, vgl. auch Bericht vom 13. Oktober 2016; UV-act. M89). Dr. med. Q.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, attestierte dem Versicherten am 10. Mai 2016 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (UV-act. M84). Mit Bericht vom 25. August 2016 ging Dr. Q.____ sodann von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus (UV-act. M87). Nachdem der Versicherte ab Herbst 2015 an einer durch die IV-Stelle finanzierten Eingliederungsmassnahme teilgenommen hatte (UV-act. A46), hatte er per 1. April 2016 eine Anstellung als Betreuer in einem Empfangs- und Verfahrenszentrum für Asylsuchende zu einem Pensum von 60 % erhalten (vgl. UV-act. A84 f.). Die AXA teilte dem Versicherten am 25. November 2016 mit, sie sei bereit, dem Versicherten für das ganze Jahr 2016 ein Taggeld basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % nachzuzahlen. Danach erhalte er bis Ende Juli 2017 weiterhin ein Taggeld im Rahmen der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, jedoch von maximal 40 %

(UV-act. A76, vgl. auch UV-act. A88). Dr. P.____ hielt mit Bericht vom 14. März 2017 als Diagnosen eine andauernde mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1) und Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10: Z59) fest. Die Symptomatik der ursprünglichen PTBS sei subklinisch noch vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 60 %, die aktuelle Stelle sei für den Versicherten ideal (UV-act. M94). Dr. O.____ führte am 4. Juli 2017 aus, die noch vorhandene Beschwerdesymptomatik am Knie links sei überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen (UV-act. M100). Dr. Q.____ berichtete am 23. August 2017, nachdem der Zustand längere Zeit stationär gewesen sei, habe ihn der Versicherte am 6. Juni 2017 wegen starker Schmerzen im Bereich des Handgelenks ulnar und einer schmerzhaften Schwellung am Handgelenk palmar im Bereich der Operationsnarbe aufgesucht. Er habe dem Versicherten eine Ruhigstellung empfohlen und ihm vom 30. Mai bis 11. Juni 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Seit 12. Juni 2017 sei er wieder im bisherigen Pensum von 60 % arbeitsfähig (UV-act. M99). Dr. med. R.____, Facharzt Neurologie FMH, untersuchte den Versicherten im August und September 2017. Am 7. September 2017 befand er, die wiederkehrenden und belastungsabhängigen Dysästhesien / Hypästhesien im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links seien vorwiegend auf ein sensibles Loge-de-Guyon-Syndrom links zurückzuführen (UV-act. M109). Im Auftrag der AXA war der Versicherte im August 2017 durch Dr. med. S.____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, speziell Handchirurgie FMH, untersucht worden. In seinem Gutachten vom 20. Oktober 2017 diagnostizierte dieser als Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe intraartikuläre Mehrfragmentluxationsfraktur Handgelenk links, ein posttraumatisches Stresssyndrom in Remission, eine Depression mit mittelschwerer Episode, ein degeneratives Wirbelsäulenleiden (derzeit asymptomatisch), eine Chondropathia patellae und OSG-Schmerzen links. Der Versicherte sei in der derzeit ausgeübten sowie einer anderen adaptierten Tätigkeit aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Die aktuelle Beeinträchtigung ergebe keinen über 5 % hinausgehenden Integritätsschaden (UV-act. M113). Die AXA teilte dem Versicherten am 30. Oktober 2017 mit, der Fallabschluss könne erfolgen (UV-act. A120). Der Versicherte nahm am 13. Dezember 2017 Stellung zum Gutachten von Dr. S.____ und legte Zusatzfragen sowie unter anderem Berichte von Dr. Q.____ vom 23. August 2017 und 6. Dezember 2017 vor (UV-act. A124). Am 7. Februar 2018 reichte der Versicherte eine Stellungnahme von Dr. Q.____ vom 17. Januar 2018 ein und machte geltend, es sei eine zusätzliche Begutachtung notwendig (UV-act. A126, M 115). Am 26. März 2018 äusserte sich Dr. S.____ zu den Zusatzfragen der AXA bzw. des Versicherten (UV-act. M119, vgl. UV-act. A128). Mit Verfügung vom 9. Juli 2018 verneinte die AXA einen Rentenanspruch und sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % zu. Sie sicherte bis Ende 2022 die Übernahme der Kosten von zwei Serien Ergotherapie jährlich zu und stellte die Übernahme der übrigen Heilbehandlungskosten per Ende Juni 2018 ein (UV-act. A159). Dagegen erhob der Versicherte am 6. September 2018 Einsprache und begründete diese am 4. Oktober 2018 (UV-act. A164, A167). Vom 7. Januar bis 2. März 2019 befand sich der Versicherte stationär in der Reha T.____. Die dort zuständigen medizinischen Fachpersonen hielten in ihrem Austrittsbericht vom 20. März 2019 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10: Z59) fest. Während des Aufenthalts und bis zum 17. März 2019

habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach sei eine Eingliederung empfohlen, die maximale Arbeitsfähigkeit sollte dauerhaft 50 % vom Wochenpensum betragen (vgl. UV-act. M125). Dr. med. U.____, Spezialarzt FMH Chirurgie, beratender Arzt der AXA, befand am 16. April 2019, das Gutachten von Dr. S.____ sei umfassend, nachvollziehbar und schlüssig. Weitere somatische Abklärungen seien nicht zielführend (UV-act. M126). Mit Entscheid vom 9. Mai 2019 wies die AXA die Einsprache ab (UV-act. A172). Gegen den Einspracheentscheid vom 9. Mai 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 12. Juni 2019 die vorliegende Beschwerde. Er beantragte darin, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und das Verfahren sei an die AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, damit diese eine unabhängige medizinische interdisziplinäre, insbesondere auch eine psychiatrische, Begutachtung in Auftrag gebe. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, sich am derzeit geplanten interdisziplinären Gutachten der IV-Stelle zu beteiligen und diesen Gutachtern die unfallrelevanten Fragen zu stellen. Subeventualiter sei das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein orthopädisches Ergänzungsgutachten einhole, welches die offenen Fragen und Widersprüche des Gutachtens von Dr. S.____ kläre; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Am 18. Juni 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. V.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik H.____, vom 5. Juni 2019 ein (act. G2, G2.1). Mit Eingabe vom 2. Oktober 2019 legte er einen Bericht der Klinik H.____ über eine am 8. August 2019 durchgeführte Knieoperation links sowie eine Zusammenfassung der Krankengeschichte durch die Klinik H.____ ins Recht (act. G8, G8.1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 2. Dezember 2019, die Beschwerde sei abzuweisen, sofern darauf einzutreten sei. Sie brachte vor, das Gutachten von Dr. S.____ sei voll beweiskräftig. Nur die Beschwerden am linken Handgelenk seien unfallkausal und der Beschwerdeführer sei diesbezüglich in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Es resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad und der Integritätsschaden sei korrekt auf 5 % festgesetzt worden (act. G12). Mit Replik vom 25. Januar 2020 bzw. Duplik vom 5. April 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen und Ausführungen fest (act. G14, G18). Am 24. September 2020 reichte der Beschwerdeführer ein am 14. August 2020 im Auftrag der IV-Stelle (vgl. UV-act. A186) durch Ärzte der estimed AG erstelltes polydisziplinäres (internistisch, neurologisch, kardiologisch, chirurgisch, orthopädisch, neuropsychologisch, psychiatrisch) Gutachten ein (act. G22, G22.1). Diese hatten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine sonstige rezidivierende depressive Störung (somatisiert; ICD-10: F33.8), ein komplexes neuropathisches und somatisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Handgelenks/linken Unterarms und eine schmerzhaftes Pseudarthrose Processus styloideus ulnae links aufgelistet. Sie hatten beurteilt, aus psychiatrischer Sicht bestehe für jegliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aus somatischer Sicht liege in der bisherigen sowie einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vor (neuropsychologisch nicht beurteilbar; act. G22.1). Ebenfalls reichte der Beschwerdeführer ein im Auftrag der Helsana Zusatzversicherungen AG am 22. November 2019 durch Ärzte der medexperts AG erstelltes bidisziplinäres (orthopädisch, psychiatrisch) Gutachten ein, in welchem diese (aus psychiatrischer Sicht) von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen waren (vgl. act. G22.1). Mit Eingabe vom 29. Oktober 2020 nahm der Beschwerdeführer Stellung zum Gutachten der estimed AG. Er beantragte, das Gericht solle den Gutachtern der estimed AG im Sinne eines Gerichtsgutachtens die von ihm formulierten Zusatzfragen vorlegen (act. G24). Die

Beschwerdegegnerin reichte am 15. März 2021 eine Stellungnahme zum Gutachten und den beiden Eingaben des Beschwerdeführers ein. Sie hielt darin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und beantragte zusätzlich, der Antrag des Beschwerdeführers auf Vorlage von Zusatzfragen an die Gutachter der estimed AG sei abzuweisen (act. G33.1). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung, als die Beschwerdegegnerin ihm bereits zugesprochen hat. Dabei ist insbesondere umstritten, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem 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 wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, CT, MRT, EEG) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend

mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133, E. 6c/aa vorzunehmen. 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. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Am 22. November 2010 hat der Versicherte als Fahrer in einem Personenwagen eine Heckkollision erlitten, sich dabei jedoch unbestritten keine relevanten Verletzungen zugezogen (vgl. UV-act. M50, M60, M113, S. 50). Vorliegend zu prüfen sind damit nur die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 13. Juni 2009 aufgetretenen Beschwerden. Vorab ist festzuhalten, dass der mit Verfügung vom 9. Juli 2018 mit Wirkung auf den 30. Juni 2018 vorgenommene Fallabschluss (mit Ausnahme der Übernahme der Kosten von zwei Serien Ergotherapie jährlich bis Ende 2022) ausgewiesen und mindestens bezüglich der nachfolgend als unfallkausal anerkannten Beschwerden (vgl. E. 2.1 ff.) unbestritten ist (vgl. UV-act. A159, act. G1). Entsprechend erfolgte in zeitlicher Hinsicht die Prüfung eines Rentenanspruchs auf den 1. Juli 2018 zu Recht (vgl. Art. 19 Abs. 2 UVG). Dasselbe gilt in Bezug auf den Zeitpunkt der Festlegung der Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 2 UVG). Im Folgenden ist zu prüfen, welche organisch objektivierbaren Unfallfolgen im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. Juni 2018 beim Beschwerdeführer noch vorlagen. Dr. S.____ hielt in seinem Gutachten vom 20. Oktober 2017 fest, es lägen radioulnare und radiocarpale Arthroseveränderungen inklusive einer möglichen, nur knapp darstellbaren Instabilität am Handgelenk links vor. Zudem bestehe eine leichte Sensibilitätsstörung des sensiblen ulnaren Profundastes im Hypothenarbereich (UV-act. M113). Der handchirurgische Teilgutachter der estimated AG, Dr. med. W.____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte im Wesentlichen die gleiche Problematik fest und berichtete zusätzlich über Handgelenksbeschwerden ulnar bei

Gelenksganglion und reaktiver Synovialitis, eine lokoregionäre Tenosynovialitis palmar und dorsal im Bereich des Handgelenkes links sowie einen Verdacht auf eine rezidivierende Neuropathie des Nervus ulnaris bei fokaler postoperativer Narbenbildung (act. G22.1, handchirurgisches Teilgutachten S. 12). Der Beschwerdeführer bemängelt das Gutachten von Dr. S.____ unter anderem insofern, als dieser die von behandelnden Ärzten, insbesondere Dr. Q.____ (vgl. UV-act. M115), festgestellten Schwellungen am Handgelenk und das Schnappphänomen nicht berücksichtigt habe (act. G1, G8). Dies ist jedoch insofern unzutreffend, als sich Dr. S.____ mit diesen Problemen auseinandersetzte. Er konnte anlässlich seiner persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers zwar weder eine Schwellung, noch ein Schnappen des Handgelenks erheben (vgl. UV-act. M113). In seiner Stellungnahme vom 26. März 2018 stellte er jedoch nicht in Abrede, dass diese Auffälligkeiten beim Beschwerdeführer zu anderen Zeitpunkten aufgetreten waren. Er führte überzeugend aus, gewisse "Schnappphänomene" seien bei Handgelenken sehr häufig. Er gehe jedoch von keiner relevanten Instabilität des Handgelenks aus. Die verbleibende Instabilität führe nur zu einer geringen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Er bezweifle nicht, dass Schwellungen des Handgelenks auftreten könnten (UV-act. M119). Der Beschwerdeführer macht weiter unfallkausale Kniebeschwerden geltend (vgl. act. G1). Nach dem Unfall vom 13. Juni 2009 wurde er mit dem Rettungsdienst ins KSSG gebracht und dort bis am 15. Juni 2009 stationär behandelt. In ihrem Austrittsbericht vom 18. Juni 2009 listeten die zuständigen Ärzte des KSSG als Diagnosen eine intraarticuläre distale Radiusfraktur C3 links, eine Os pisiforme Luxation links und eine Thoraxkontusion rechts auf. Beschwerden im Zusammenhang mit einer Knieverletzung sind nicht erwähnt (UV-act. M3). In der "Krankengeschichte" der zentralen Notaufnahme des KSSG wurden als Befund Schürfwunden über dem linken Knie lateral und eine leichte Druckdolenz über dem Trochanter major festgehalten. Eine Röntgenuntersuchung des Knies ergab einen normalen Status ohne frische ossäre Läsion (UV-act. M101 f.). Zeitnah nach dem Unfall erfolgten keine weiteren Abklärungsmassnahmen oder Behandlungen bezüglich des Knies. Erstmals wurde am 28. Mai 2014 ein MRT des Knies links erstellt (vgl. UV-act. M47). Dr. N.____ verneinte am 5. November 2014 die Unfallkausalität der Kniebeschwerden und ging von degenerativen Befunden aus (UV-act. M61). Dementsprechend verneinte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 19. November 2014 ihre diesbezügliche Leistungspflicht (UV-act. A39). Dr. L.____ hielt am 14. Juli 2014 und 23. September 2015 fest, seit dem Unfallereignis bestünden mediale Knieschmerzen links (UV-act. M55, M64). Dr. O.____ berichtete am 15. Oktober 2015 über einen Verdacht auf ein posttraumatisches antero-mediales Hoffa- bzw. Plica-Impingement links und einen Status nach Kniekontusion links 2009 mit RQW. Er hielt gestützt auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers fest, beim Unfall 2009 sei es zu einer Gewebequetschung am vorderen und mittleren Kniegelenk links gekommen. Die Wunde habe damals lange offen sezerniert. Seither bestehe ein undulierendes Schmerzphänomen am vorderen Kniegelenk, zum Teil aber auch im Bereich der hinteren Kniegelenkskapsel. Da die Handgelenksbeschwerden in den letzten Jahren im Vordergrund gestanden hätten, sei die gesamte Behandlung darauf fixiert gewesen. Das im Jahr 2014 durchgeführte MRT des Kniegelenks habe dann eine leichte Chondropathia patellae zweiten Grades gezeigt (UV-act. M67). Sowohl Dr. L.____ als auch Dr. O.____ stützten sich bei ihrer Beurteilung einer posttraumatischen Beschwerdesituation einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers. In den echtzeitlichen medizinischen Unterlagen finden sich jedoch - wie gesagt - bis zum im Jahr 2014 durchgeführten MRT keine Hinweise auf Kniebeschwerden. Insgesamt ist ein kausaler

Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. Juni 2009 und den erstmals im Frühjahr 2014, mithin knapp fünf Jahre nach dem Unfall, behandelten Beschwerden am Knie links nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Es ist zwar nachvollziehbar, dass in der ersten Zeit nach dem Unfall die Verletzung am Handgelenk links im Vordergrund stand und allfällige weitere Beschwerden zweitrangig waren. Trotzdem erscheint es nicht plausibel, dass - hätten Kniebeschwerden seit dem Unfall bestanden - diese während eines solch langen Zeitraums in den zahlreichen ärztlichen Berichten nicht einmal am Rande erwähnt wurden. Dr. S.____ ging vorwiegend aufgrund des grossen zeitlichen Abstands zwischen dem Unfall und den erstmals beklagten Beschwerden ebenfalls davon aus, dass kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. UV-act. M113). Daran ändert auch die Beurteilung von Dr. O.____ vom 4. Juli 2017 nichts. Er hatte ausgeführt, aufgrund des vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerdeverlaufs nach der zweifelsfrei erlittenen schweren Kniekontusion links sei die noch vorhandene Beschwerdesymptomatik überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall nicht wegen einer Knieschmerzsymptomatik in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung gewesen und habe des Weiteren bis vor dem Unfallereignis keine kniebelastende Arbeitstätigkeit ausgeübt (UV-act. M100). Die von Dr. O.____ sinngemäss vorgebrachte Formel "post hoc ergo propter hoc", ist jedoch nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Dasselbe trifft auch auf die Stellungnahme von Dr. V.____ vom 5. Juni 2019 zu, in welcher dieser festhielt, der Beschwerdeführer sei bis zum Unfall von Seiten des linken Kniegelenks beschwerdefrei gewesen. Die Beschwerden seien erst nach dem Unfall aufgetreten, damals seien jedoch diverse, akut interventionspflichtige andere Verletzungen im Vordergrund gestanden. Die von Dr. V.____ erwähnte höhergradige Knie-Kontusion beim Unfall vom 13. Juni 2009 ist zudem aktenmässig nicht ausgewiesen (act. G2.1, vgl. auch Operationsbericht vom 8. August 2019; act. G8.1). Unter den Parteien ist inzwischen nicht mehr umstritten und im Übrigen aktenmässig ausgewiesen, dass allfällige noch bestehende Rückenbeschwerden nicht auf den Unfall vom 13. Juni 2009 zurückzuführen, sondern vorbestehend bzw. degenerativ bedingt sind (vgl. act. G1, UV-act. M49, M55 f., M61, M113). Auch die vom Beschwerdeführer erstmals am 23. September 2015, mithin über sechs Jahre nach dem Unfall, gegenüber Dr. L.____ geltend gemachten Fussbeschwerden links (vgl. UV-act. M68) sind unbestritten nicht unfallkausal (vgl. act. G1, G8). Der Beschwerdeführer klagt über neurologische Probleme im Bereich des linken Handgelenks. Der neurologische Teilgutachter der estimed AG, Dr. med. X.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein komplexes neuropathisches und somatisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Handgelenks bzw. des linken Unterarmes fest. Dieses sei nach der Radiusfraktur am 13. August (richtig: Juni) 2009 aufgetreten. Zudem bestehe ein dringender Verdacht auf ein stattgehabtes CRPS mit residuellen neuropathischen Schmerzen und eine schmerzhaftes Pseudoarthrose Processus styloideus ulnae links. Dr. X.____ führte aus, es sei davon auszugehen, dass ein CRPS bestanden habe. Bei den vorangegangenen Untersuchungen habe keine weitere schwere Nervenaffektion gesehen werden können. Der Nervus radialis links sei sensibel und noch relativ langsam, was durchaus zum Bild eines stattgehabten CRPS passe. Es bestehe das Bild eines somatischen Schmerzes, das aber genauer von orthopädischer Seite beleuchtet werden müsse. Insgesamt ergebe sich bezüglich der Handgelenksproblematik ein glaubhaftes deutliches neuropathisches Schmerzsyndrom, am ehesten im Sinne eines

residuellen CRPS (act. G22.1, neurologisches Teilgutachten, S. 21 f.). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (vgl. act. G33), überzeugt die Beurteilung von Dr. X.____ insofern nicht, als dieser bei seiner Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms im Wesentlichen auf ein vermutungsweise stattgehabtes CRPS verwies. Die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG hatten am 4. April 2016 erstmals über ein chronifiziertes CRPS des Handgelenks berichtet (UV-act. M83). Dr. S.____, Dr. U.____ sowie die Gutachter der medexperts AG hatten das Vorliegen eines CRPS hingegen übereinstimmend verneint (vgl. UV-act. M113, M126, act. G22.1). Die Diagnose eines Schmerzsyndroms mit Verweis auf ein residuelles, also gar nicht mehr bestehendes, und auch nur vermutungsweise zuvor stattgehabtes CRPS überzeugt damit nicht. Zudem hielt Dr. X.____ fest, die schmerzhaft Pseudarthrose müsse weiter orthopädisch beurteilt werden. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht vorbrachte, hatten sowohl der orthopädische, als auch der handchirurgische Teilgutachter der estimed AG die Beschwerden am Handgelenk, insbesondere die geltend gemachten Schmerzen, umfassend abgeklärt und überzeugend keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. die entsprechenden Teilgutachten in act. G22.1). Dies entspricht auch dem Gutachten der medexperts AG und der Beurteilung von Dr. S.____, welche nach eingehender Abklärung der Beschwerden aus somatischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (in einer adaptierten Tätigkeit) stellten (act. G22.1, UV-act. M113). Das Teilgutachten von Dr. X.____ ist damit als nicht nachvollziehbar zu betrachten. Es sind keine - über die bereits von den weiteren somatischen Gutachtern hinausgehenden - Beschwerden als neurologische kausale Unfallfolgen zu berücksichtigen. Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin (act. G33.1) darauf hinzuweisen, dass das von Dr. X.____ diagnostizierte neuropathische Schmerzsyndrom aufgrund von klinischen Befunden und nicht gestützt auf bildgebende/apparative Methoden gestellt wird. Es handelt sich dabei folglich um eine nicht organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2019, 8C_647/2018, E. 5.2). Dr. X.____ stützte sich bei der Herleitung der Diagnosen im Wesentlichen auf die Angaben des Beschwerdeführers und schloss eine Nervenschädigung neurographisch aus (vgl. act. G22.1, neurologisches Teilgutachten, S. 18 ff.). Zusammengefasst sind als unfallkausale somatische Beschwerden nur die Beeinträchtigungen am Handgelenk links (vgl. E. 2.1) zu berücksichtigen. Weiter ist die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu prüfen. Der Beschwerdeführer befindet sich seit 2014 (mit Unterbrüchen) in psychiatrischer Behandlung (vgl. unter anderem UV-act. M58, M76, M94, M125). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (act. G1) ist es rechtsprechungsgemäss zulässig, vorerst die Adäquanz zu prüfen und bei Verneinung derselben die Frage der natürlichen Kausalität offenzulassen (vgl. BGE 134 V 465, E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 13. September 2016, 8C_685/2015, E. 4.2). Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133) vom Unfallereignis auszugehen. Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Hinblick auf die Gebote der Rechtssicherheit und der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten eine objektivierete Betrachtungsweise angezeigt (BGE 115 V 139 E. 6 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle

einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischenliegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Dabei gelten als schwer nur solche Unfälle, bei denen sämtliche Umstände, insbesondere die Dramatik des Unfallereignisses und die Dauer desselben wie auch die somatischen Unfallfolgen eine für die versicherte Person aussergewöhnliche Eindrücklichkeit aufweisen. Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 139 ff. E. 6a-c). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Kommt keinem Einzelkriterium ein besonders bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Vorliegend war der Beschwerdeführer mit seinem Motorrad unterwegs, als er mit einem Transporter kollidierte, dessen Lenkerin den Vortritt missachtete (UV-act. A1; act. G22.1, psychiatrisches Teilgutachten, S. 18). Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin präzisierend ausgeführt, der Beschwerdeführer sei bei einem Brems-/Ausweichmanöver mit seinem Motorrad gestürzt und rutschend mit einem Lieferwagen kollidiert, da dessen Lenkerin ihn beim Abbiegen übersehen habe (vgl. UV-act. A172, S. 11). Aufgrund des Geschehensablaufs ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. UV-act. A172) von einem mittelschweren Ereignis im engeren Sinn auszugehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 10. Juni 2016, 8C_174/2016, und vom 28. Oktober 2013, 8C_372/2013). Bei mittelschweren Ereignissen im engeren Sinn müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens drei der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa, Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, E. 4.5). Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive

Masstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Vorliegend bestehen keine Hinweise auf eine besondere Eindrücklichkeit im Sinne der Rechtsprechung. Der Beschwerdeführer erlitt eine intraarticuläre distale Radiusfraktur C3 links, eine Os pisiforme Luxation links und eine Thoraxkontusion rechts (UV-act. M3). Diese Verletzungen können entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. act. G1) weder als besonders schwer, noch als Verletzungen besonderer Art eingestuft werden. Auch sind derartige Verletzungen in der Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab entscheidend. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. Oktober 2006, U 488/05, E. 3.2.3; BGE 134 V 128, E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Am Unfalltag wurde im KSSG eine ORIF sowie eine Plattenosteosynthese links durchgeführt (UV-act. M3). Am 9. April 2010 erfolgte die operative Entfernung des Os pisiforme sowie gleichzeitig eine Metallentfernung und die Entfernung zweier subkutaner Lipome am volaren proximalen Vorderarm links (UV-act. M16 f.). Dr. D.____ führte am 19. Juli 2010 eine Resektion des Processus styloideus ulnae links durch (UV-act. M24). Ab 31. Januar 2011 bis Anfang 2014 wurde der Beschwerdeführer in der Praxis E.____ mit myofaszialer Therapie und Frequenztherapie behandelt, wobei der Behandler bereits am 12. November 2012 über eine Verbesserung der Situation berichtete und festhielt, während der nächsten fünf Sitzungen (eine pro Woche) sollte eine weitere nachhaltige Besserung der Schmerzempfindung im linken Handgelenk und der Wirbelsäulensegmente erzielt werden (UV-act. M40 ff.). Dr. G.____ hatte schon am 12. März 2013 befunden, zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit sei keine dauernde Behandlung notwendig (UV-act. M44). Ab März 2016 wurde der Beschwerdeführer im Schmerzzentrum des KSSG behandelt, wobei ein chronifiziertes CRPS des Handgelenks links diagnostiziert wurde (vgl. UV-act. M83). Die Übernahme der Kosten der vom Beschwerdeführer beanspruchten Ergotherapie sicherte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. Juli 2018 bis Ende 2022 zu (vgl. UV-act. A159). Ab Frühjahr 2013, spätestens aber nach Ende der Behandlung in der Praxis E.____, hatten sich die medizinischen Massnahmen im Wesentlichen auf Kontrolluntersuchungen und die Erhaltung des somatischen Gesundheitszustandes sowie Abklärungsmassnahmen beschränkt (vgl. UV-act. M50, M52 f., M109). Dr. S.____ führte am 20. Oktober 2017 aus, bezüglich der Handfunktion habe schon seit Jahren kaum mehr ein wirklicher Fortschritt erzielt werden können (UV-act. M113). Das Kriterium der langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist damit als erfüllt zu erachten, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Der Beschwerdeführer äusserte gegenüber den behandelnden und abklärenden Ärzten wiederholt Schmerzen und wurde unter anderem im Schmerzzentrum des KSSG behandelt

(vgl. UV-act. M83, M89). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (vgl. UV-act. A172), kam es nach dem Unfall zu einer wesentlichen Besserung der Beschwerden am Handgelenk links. Dr. D.____ hatte die Behandlung in seiner handchirurgischen Sprechstunde am 13. Januar 2011 abgeschlossen (UV-act. M36). Während der Behandlung in der Praxis E.____ konnte eine weitere Reduktion der Beschwerden am Handgelenk erzielt werden, der Fokus lag eher auf der Lösung von Verspannungen im Nackenbereich (UV-act. M39 ff.). Dementsprechend befand Dr. N.____ am 5. November 2014, es könne von einer optimalen Rehabilitation der Handverletzung gesprochen werden (UV-act. M61, S. 4). Dr. med. Y.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, Handchirurgische Praxis, befand am 15. Oktober 2015, die klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde könnten die persistierenden Schmerzen im Handgelenk nicht erklären. Mit weiteren operativen Massnahmen sei sicherlich keine Verbesserung zu erreichen. Es dürfte eigentlich sechs Jahre nach dem Trauma bei diesen Befunden für eine Bürotätigkeit mit einer zumindest 80%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (UV-act. M65). Dr. Q.____ berichtete am 23. August 2017, der Zustand sei längere Zeit stationär gewesen. Der Beschwerdeführer habe ihn am 6. Juni 2017 sodann wegen starker Schmerzen im Handgelenk aufgesucht, worauf er ihm eine Ruhigstellung empfohlen und ihm vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert habe (UV-act. M99). Somit beklagte der Beschwerdeführer keine seit dem Unfall andauernd bestehenden Schmerzen im Handgelenk links und solche waren auch nicht durchgehend medizinisch erklärbar. Das Kriterium der Dauerschmerzen ist zudem wegen der psychosomatischen Komponente (vgl. u.a. UV-act. M125) und dem Umstand, dass die Schmerzen sich nicht ausschliesslich auf das unfallbedingt geschädigte Handgelenk links, sondern auch auf unfallfremde Gesundheitsschädigungen (Knie, Fuss, Rücken) bezogen, als nicht erfüllt zu betrachten. Es bestehen keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C_61/2008, E. 7.6). Vorliegend deutet nichts auf einen besonders schwierigen Heilungsverlauf hin. Die Entwicklung eines CRPS - welches rechtsprechungsgemäss deutlich ausserhalb des normalen Heilungsverlaufs läge (vgl. Urteil des EVG vom 23. Juni 2006, U 304/05, E. 3.4) - ist vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (vgl. dazu E. 2.4). Der Beschwerdeführer war ab dem Unfalldatum vom 13. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. UV-act. M1, M5, M36). Bereits am 15. September 2019 befand Dr. L.____ jedoch, in einer körperlich leichten Arbeit (Büro) wäre der Beschwerdeführer weitgehend arbeitsfähig (UV-act. M4). Dr. D.____ führte am 13. Januar 2011 aus, die Arbeitsunfähigkeit sei bei 100 % verblieben, könnte aber nach einer beruflichen Umorientierung angepasst werden (UV-act. M36). Es ist demnach davon auszugehen, dass schon damals in einer adaptierten Tätigkeit mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden hätte. Ab 2011 wurde der Beschwerdeführer mit Unterstützung der IV-Stelle zum technischen Kaufmann umgeschult. Die Umschulung schloss er im Herbst 2013 mit der schulinternen Prüfung ab (vgl. UV-act. A12, A15, M52). Dr. N.____ befand am 5. November 2014, bezüglich der Handgelenksbeschwerden sei in diesem Beruf keine Arbeitsunfähigkeit verblieben (UV-act. M61). Ab Herbst 2015 nahm der Beschwerdeführer an einer Eingliederungsmassnahme der IV-Stelle teil und war ab 1. April 2016 zu 60 % als Betreuer in einem Asylzentrum tätig (vgl. UV-act. A46, A48 f.). Dr.

N.____ befand am 24. Februar 2016, ohne kritische neurologische Beurteilung, insbesondere der Schmerzen im Handgelenk, sei keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr erklärbar (UV-act. M77). Dr. Q.____ attestierte dem Beschwerdeführer bis am 10. Mai 2016 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, danach eine solche von 40 %. Er bezog sich dabei jedoch offenbar auf die damalige Tätigkeit des Beschwerdeführers und äusserte sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer anderen, adaptierten Tätigkeit (UV-act. M84, M87). Insgesamt ist davon auszugehen, dass bereits im Jahr 2011 (bzw. allenfalls schon früher) in einer adaptierten Tätigkeit bezüglich der unfallkausalen Beschwerden mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit möglich gewesen wäre. Nach der Umschulung zum technischen Kaufmann hätte grundsätzlich eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen (vgl. dazu auch die nachfolgenden Erwägungen). Die danach noch attestierte Arbeitsfähigkeit war im Wesentlichen auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen. Von einer besonders ausgeprägten Erfüllung des Kriteriums kann damit nicht gesprochen werden. Da somit höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. Juni 2009 und den geklagten psychischen Beschwerden zu verneinen. Unter Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden am Handgelenk links ist nachfolgend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit zu prüfen. Dr. S.____ beurteilte am 20. Oktober 2017, Heben und Tragen sei funktionell im Normalbereich der haushaltlichen Tätigkeit und der Bürotätigkeit grundsätzlich zumutbar. Bei Heben von sehr schweren Lasten, möglicherweise auch bei massivem Druck mit der Hohlhand auf eine Unterfläche, die im Handgelenk einen Verschiebestress auslöse, und auch bei extremen Rotationen, die Supination oder Pronation im Anschlag belasteten, bedingten die vom Unfall herrührenden arthrosebedingten Schmerzen eine Einschränkung, die solche Arbeiten nicht mehr zumutbar machten. Auch bei repetitiver langdauernder Benützung der linken Hand könne es durch die arthrotischen Veränderungen zu Einschränkungen kommen. Dies zum Beispiel beim Schreiben am Computer oder bei der Mausbedienung mit der linken Hand während vieler Stunden. Die diesbezügliche Einschränkung sei jedoch nur relevant bei wirklich andauernder langer Tätigkeit. Ein abwechslungsweises Bedienen eines Computers bleibe zumutbar. Aufgrund der Stellenbeschreibung als Betreuer in einem Empfangs- und Verfahrenszentrum für Asylsuchende finde er keinen somatischen Grund, weshalb diese Tätigkeit nicht zu 100 % ausgeübt werden könnte. Die Belastungsdauer der linken Hand müsse durch Abwechslung der Arbeitsschritte möglichst kurzgehalten werden. Dies bedeute, dass zur Optimierung die Arbeit am Computer vielleicht in zwei Phasen aufgetrennt werden könnte. Eine andere ideal adaptierte Tätigkeit sei ebenfalls zu 100 % zumutbar (UV-act. M113). Der Beschwerdeführer nahm am 13. Dezember 2017 Stellung zum Gutachten von Dr. S.____, stellte an diesen gerichtete Ergänzungsfragen und reichte insbesondere eine durch seinen Vorgesetzten erstellte Arbeitsplatzbeschreibung als Betreuer im Asylzentrum ein (UV-act. A124 f.). Dieser ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer rund dreieinhalb bis vier Stunden täglich vorwiegend am Computer arbeiten und die verbleibende Zeit von rund einer bis eineinhalb Stunden täglich bei den Heimbewohnern Dokumente einsammeln und weitere Individualaufträge wie beispielsweise Aufräum- und Reinigungsarbeiten sowie Instruieren oder Beaufsichtigen von Asylsuchenden bzw. deren Kinder durchführen musste (vgl. UV-act. A125). Am 7. Februar 2018 reichte der Beschwerdeführer zudem eine Stellungnahme von Dr. Q.____ vom 17. Januar 2018 ein (vgl. UV-act. A126, M115). Dieser hatte ausgeführt, offenbar bestehe doch eine Tendenz, dass der Beschwerdeführer zu viel am Computer arbeiten müsse und

die verletzte linke Hand oftmals überdurchschnittlich eingesetzt werde. Bei der beschriebenen Stelle bestehe sicher keine 100%ige Arbeitsfähigkeit, es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 % auszugehen. Sollte an diesem Arbeitsplatz eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden, müsste die Stelle bzw. der Arbeitseinsatz modifiziert werden (UV-act. M115). Dr. S.____ nahm am 26. März 2019 Stellung zu den von den Parteien gestellten Ergänzungsfragen. Er führte aus, er sei vor allem basierend auf den Angaben des Beschwerdeführers davon ausgegangen, dass dieser nicht kontinuierlich am Computer arbeiten müsse, sondern im Wechsel. Dies hätte einen ideal adaptierten Arbeitsplatz bedeutet. Offenbar sei eine Ausdehnung des Arbeitspensums am konkreten Arbeitsplatz nur mit vermehrten Arbeiten mit stärkerer Handgelenksbelastung möglich. Er müsse also anerkennen, dass die derzeitige Arbeitstätigkeit mit viel Computerarbeit nicht ideal adaptiert sei im Hinblick auf die Ausdehnung auf ein 100 % Pensum. Eine ideal adaptierte Tätigkeit, welche nicht zur Hauptsache aus Bildschirmarbeit, sondern aus gemischten Handlungen mit intermittierender Entlastung des Handgelenks bestehe, sei jedoch zu 100 % zumutbar. Denkbar sei beispielsweise eine Kontrollarbeit mit leichterer Belastung, wobei durchaus dazwischen auch einmal hart zugelangt werden dürfe. Die verbleibende Instabilität des Handgelenks führe nur zu einer geringen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Stauchende Belastungen des Handgelenks könnten einschliessende Schmerzen verursachen und bei repetitiver Belastung auch eine entsprechende Schmerzerschöpfung mit sich bringen. Bei seiner Untersuchung habe sich keine Schwellung des Handgelenks gezeigt, er stelle aber nicht in Abrede, dass eine solche auftreten könne (UV-act. M119). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, Dr. S.____ habe offenbar nicht verstanden, wie seine konkrete berufliche Tätigkeit aussehe (vgl. act. G1, S. 6 ff.), ist dies unerheblich, zumal Dr. S.____ in seiner Stellungnahme einräumte, die ausgeübte Tätigkeit als Betreuer sei doch nicht ideal adaptiert und eine Ausdehnung auf ein Pensum von 100 % nicht möglich (vgl. UV-act. M119). Ausschlaggebend ist lediglich die Arbeitsfähigkeit in einer anderen, ideal adaptierten Tätigkeit. Diese schätzte Dr. S.____ nachvollziehbar auf 100 %. Auch der behandelnde Dr. Q.____ ging mindestens sinngemäss davon aus, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit möglich sei (vgl. UV-act. M115). Insgesamt ist also davon auszugehen, dass eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, es sich bei der damals ausgeübten Tätigkeit als Betreuer jedoch nicht um eine solche handelte. Dass der Vorgesetzte in seiner Tätigkeit maximal ein Pensum von 60 % als zumutbar erachtete (vgl. act. G1, G1.3), ist insofern irrelevant, als sich diese Einschätzung (eines medizinischen Laien) auf die konkrete Arbeit und nicht eine ideal adaptierte Tätigkeit bezog. Der neurologische Teilgutachter der estimed AG ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer adaptierten Tätigkeit aus (vgl. act. G22.1). Wie bereits erwähnt, ist dieses Teilgutachten jedoch nicht als beweiskräftig zu erachten (vgl. E. 2.4). Die weiteren somatischen Teilgutachter der estimed AG gingen in Übereinstimmung mit Dr. S.____ von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit aus. Die neuropsychologische Teilgutachterin war aufgrund der mangelnden Mitwirkung des Beschwerdeführers und der dadurch nicht verwertbaren Testresultate nicht in der Lage, die Arbeitsfähigkeit zu schätzen (act. G22.1, neuropsychologisches Teilgutachten, S. 23). Auch der orthopädische Teilgutachter der medexperts AG ging in seinem Gutachten vom 22. November 2019 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit aus (vgl. act. G22.1). Sodann betrachtete Dr. U.____ am 16. April 2019 das Gutachten von Dr. S.____ insgesamt als medizinisch schlüssig und nachvollziehbar (UV-act. M126). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, Dr. U.____ müsse mittlerweile ein sehr hohes Alter haben und

sei offenbar häufig für die Beschwerdegegnerin tätig (act. G1, S. 18 f.), ist dies vorliegend nicht ausschlaggebend. Der Beschwerdeführer brachte keine konkreten, differenzierten medizinischen Einwände gegen die Einschätzung von Dr. U.____ vor. Zudem erstellte dieser vorliegend lediglich eine kurze Stellungnahme, in welcher er im Wesentlichen das Gutachten von Dr. S.____ als schlüssig erklärte (vgl. UV-act. M126). Die Stellungnahme enthält kaum eigene Erkenntnisse und ist für den vorliegenden Fall für sich allein nicht ausschlaggebend, zumal genügend andere medizinische Einschätzungen (Gutachten der estimed AG und der medexperts AG; act. G22.1) die Schlussfolgerungen von Dr. S.____ stützen. Insgesamt ist damit von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Weitere medizinische Abklärungen, insbesondere die Vorlage von Zusatzfragen an die Gutachter der estimed AG, erübrigen sich (vgl. die diesbezüglichen Anträge des Beschwerdeführers in act. G1, G8, G24). Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C_590/2014, E. 5.1). Der Beschwerdeführer war vor seinem Unfall zuletzt hauptberuflich als Sanitärmonteur tätig (vgl. UV-act. A101). Gemäss Auskunft der damaligen Arbeitgeberin, der Z.____ AG, hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2018 ein Einkommen von Fr. 71'500.-- erzielt (Fr. 5'500.-- x 13; vgl. UV-act. A158). Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht für dessen Ermittlung der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Kieser, a.a.O., N 67 zu Art. 16). Der Beschwerdeführer ist soweit aktenkundig nicht mehr erwerbstätig und schöpfte zuvor mit seiner teilzeitlichen Tätigkeit als Betreuer im Empfangs- und Verfahrenszentrum sein Erwerbspotential nicht voll aus. Der Beschwerdeführer ist gelernter Sanitärmonteur und hat ausserdem eine Umschulung zum technischen Kaufmann absolviert. Es rechtfertigt sich daher, das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2014, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 2, Männer, zu bestimmen (die LSE 2016 und 2018 waren zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids noch nicht publiziert und daher nicht anwendbar; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1). Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2014 auf Fr. 5'660.-- pro Monat bzw. Fr. 67'920.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2018 (Index 2014: 2'220, 2018: 2'260) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 72'082.--. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der

Beschwerdeführer hat gewisse qualitative Einschränkungen (insbesondere intermittierende Entlastung des linken Handgelenks, Vermeiden von repetitiven und schweren Handgelenksbelastungen; vgl. UV-act. M113, act. G22.1). Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E. 3.1.2). Vorliegend rechtfertigt es sich, den Tabellenlohnabzug auf 5 % festzusetzen, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 68'478.-- (0.95 x Fr. 72'082.--) resultiert. Ein höherer Abzug rechtfertigt sich nicht. Weiter umstritten ist die Berücksichtigung eines Nebenerwerbs. Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt seines Unfalls im Jahr 2009 stundenweise für die B.____ tätig (vgl. UV-act. A1). Bezüglich des Valideneinkommens sind bei der Bestimmung des zuletzt erzielten Einkommens sämtliche Erwerbseinkommen, auch etwa Nebeneinkünfte und regelmässig geleistete Überstunden, zu berücksichtigen. Dies mag einschliessen, dass gegebenenfalls von einer Arbeitszeit ausgegangen wird, welche weit über der üblichen liegt (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 51 zu Art. 16). Rechtsprechungsgemäss ist ein Nebenverdienst beim Valideneinkommen zu berücksichtigen, sofern er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin erzielt worden wäre, wenn die versicherte Person gesund geblieben wäre. Dies gilt ohne Rücksicht auf den hierfür erforderlichen zeitlichen oder leistungsmässigen Aufwand (Entscheide des EVG vom 29. November 2002, U 130/02, E. 3.2.1 [= RKUV 2003 Nr. U 476]; vom 2. November 2004, U 66/02 [= RKUV 2005 Nr. U 538]; vom 3. Februar 2006, I 181/05, E. 2 und vom 9. Mai 2007, I 130/06, E. 6). Der Beschwerdeführer führte anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin am 9. Juli 2018 aus, es sei sein Ziel gewesen, im Alter von 45 Jahren ein Eigenheim zu haben. Bis dahin, also bis ins Jahr 2026, habe er vorgehabt, zwei Jobs gleichzeitig zu haben. Dies sei auch organisatorisch kein Problem gewesen mit einer Familie. Schon zum Unfallzeitpunkt habe er ein Kind gehabt und es habe sich gut organisieren lassen. Er habe bis 16:30 Uhr jeweils als Sanitärmonteur gearbeitet und danach frei gehabt. Die Einsätze für die B.____ seien abends oder nachts gewesen (UV-act. A156). Es ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Validenfall weiterhin seiner Nebenerwerbstätigkeit für die B.____ AG nachgehen würde. Beim Invalideneinkommen ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb nur insoweit zu berücksichtigen, als eine versicherte Person ein solches trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise weiterhin erzielen kann. Hierfür ist gleich wie bei der Haupterwerbstätigkeit massgebend, welche Arbeitstätigkeiten und -leistungen der versicherten Person aufgrund ihres Gesundheitszustandes nach ärztlicher Beurteilung noch zugemutet werden können (Entscheid des EVG vom 28. August 2003, I 109/02, E. 3.3.2; vgl. Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2009, IV 2007/189, E. 4.3, und vom 24. Februar 2021, UV 2019/68, E. 6.2). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer nicht auch im Invalidenfall stundenweise einer adaptierten Nebenerwerbstätigkeit sollte nachgehen können. Ob er - wie die Beschwerdegegnerin annimmt (vgl. UV-act. A159) - weiterhin bei der B.____ AG tätig sein könnte, ist aufgrund seiner Beschwerden am Handgelenk fraglich (vgl. act. G1, S. 30). Jedoch könnte er - wie beim Haupterwerb - eine andere adaptierte Tätigkeit ausüben. Gemäss Angaben der B.____ AG vom 8. Mai 2012 hätte der Beschwerdeführer seit Juli 2009 einen Verdienst von Fr. 28.22 brutto pro Stunde erzielen können (vgl. UV-act. A138 ff.). Im

Vergleich dazu betrug der im Invalidenfall zumutbare Monatslohn gemäss Tabelle TA1 der LSE 2012, Kompetenzniveau 2, Total bei den Männern, Fr. 5'633.--, was einem Stundenlohn von Fr. 32.50 (Fr. 5'633.-- / 4.33 Wochen / 40 Stunden) entspricht. Dementsprechend resultiert - auch unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 5% - beim Nebenverdienst keine Lohneinbusse und dieser ist beim Einkommensvergleich nicht zu berücksichtigen. Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'500.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 68'478.-- resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 4 %. Schliesslich ist die Höhe des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin sprach ihm eine solche basierend auf einem Integritätsschaden von 5 % zu (UV-act. A159, A172). Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei einem gleichen medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). Dr. S.____ beurteilte in seinem Gutachten vom 20. Oktober 2017, die posttraumatische Arthrose und die geringfügige Instabilität im linken Handgelenk stellten eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität dar. Derzeit bewirke diese nur eine geringfügige Beeinträchtigung der Funktion, bleibe aber langfristig mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Problem, möglicherweise auch in verstärktem Ausmass. Die derzeitige Beeinträchtigung ergebe aufgrund der Suva-Tabellen keine über 5 % hinausgehende Integritätsentschädigung. Es sei schwierig, die voraussehbare Verschlimmerung zu berücksichtigen, da das Handgelenk bereits arthrotische Veränderungen zeige, welche sich verstärken könnten. Er schlage diesbezüglich vor, einen Vorbehalt zu machen (UV-act. M113, S. 61). Gemäss Suva-Tabelle 5 "Integritätsschaden bei Arthrosen" rechtfertigt eine mässige Handgelenksarthrose einen Integritätsschaden von 5 bis 10 %. Im Zeitpunkt der Beurteilung durch Dr. S.____ bestand erst eine beginnende Arthrose (vgl. UV-act. M113) bzw. gemäss dem handchirurgischen Teilgutachter der estimed AG gar erst der Verdacht auf eine solche (vgl. act. G22.1, handchirurgisches Gutachten, S. 12). Mit dem von der Beschwerdegegnerin anerkannten Integritätsschaden von 5 % wurde damit auch einer möglichen zukünftigen Verschlechterung der Arthrose genügend Rechnung getragen. Für die vorliegende leichte Instabilität im Handgelenk sehen die Suva-Tabellen keine Integritätsentschädigung vor (vgl. Suva-Tabelle 1 "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten"). Dr. U.____ erachtete die Beurteilung von Dr. S.____ bezüglich Integritätsentschädigung ebenfalls für

nachvollziehbar (UV-act. M126). Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.