

SO_GERICHTE VSBES.2017.188 vom 10. Dezember 2020

SO Obergericht, 2020-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.188_d20201210

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.188 du 10 décembre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.188 del 10 dicembre 2020

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung für die Folgen des Unfallereignisses vom 5. Oktober 2012. Aufgrund der an der öffentlichen Verhandlung vorgenommenen Ergänzung von Ziffer 2 des Rechtsbegehrens (vgl. E. I. 11 hiervor) besteht Einigkeit darin, dass der Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. November 2016 anzusetzen ist. 1.3 Zur Besetzung des Gerichts ist anzumerken, dass Gerichtsschreiberin Ingold, die in dieser Funktion an der Verhandlung vom 13. August 2020 dabei war, am 1. Oktober 2020 eine neue Stelle angetreten hat und nicht mehr am Versicherungsgericht tätig ist. Sie kann daher am Urteil nicht mitwirken. Sie wird ersetzt durch Gerichtsschreiber Lazar (zur Zulässigkeit eines personellen Wechsels nach durchgeführter öffentlicher Verhandlung vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_245/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 2).

E. 1.4

1.4.1 Ein Bericht der Klinik F.____ vom 19. Januar 2015 erwähnt eine leichte S-förmige Skoliose der Wirbelsäule sowie äussert den Verdacht auf einen femoropatellaren Knorpelschaden/osteocondrale Läsion rechts (Suva-Nr. 103). Eine MRI-Untersuchung von LWS und ISG vom 25. August 2015 ergab im Segment L5/S1 eine breitbasige Bandscheibenherniation und in den Segmenten L4/5 und L5/S1 eine ausgeprägte Facettengelenksarthrose (Suva-Nr. 161). Der Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, gelangte in einer Kurz-Stellungnahme vom 23. September 2015 zum Ergebnis, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestünden keine Unfallfolgen an der LWS (Suva-Nr. 168). Nachdem der Beschwerdegegnerin weitere Berichte und Stellungnahmen eingereicht worden waren (vgl. Suva-Nr. 188, 216), veranlasste diese sodann eine ärztliche Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. med. H.____ vom 31. März 2016 (Suva-Nr. 227). Anschliessend teilte sie dem inzwischen beigezogenen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit, ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 und den Beschwerden am rechten Knie und am Rücken werde verneint (Schreiben vom 11. April 2016, Suva-Nr. 226). 1.4.2 Am 24. März 2015 stellten M. sc. I.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und med. pract. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1; Suva-Nr. 116). Am 6. April 2016 und 18. Juli 2016 erstatteten sie Verlaufsberichte an die

Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 229, 243; vgl. auch Suva-Nr. 266 S. 5). 1.5 Am 20. Juli 2016 fand die Abschlussuntersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, statt (Suva-Nr. 248). Gestützt darauf erklärte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 29. Juli 2016, sie werde den Fall abschliessen. Die Beschwerden vonseiten des rechten Kniegelenks und der Wirbelsäule seien nicht unfallkausal (Suva-Nr. 249). Am 10. August 2016 führte sie ergänzend aus, die Taggelder würden noch längstens bis 31. Oktober 2016 ausgerichtet. Dem Beschwerdeführer sei unfallbedingt aufgrund der objektivierbaren Befunde in einer wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit zumutbar, wenn bestimmte Rahmenbedingungen eingehalten würden (Suva-Nr. 256). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 22. August 2016 Einwände erheben und ärztliche Berichte einreichen (Suva-Nr. 266). Der Kreisarzt Dr. med. K.____ äusserte sich dazu am 1. September 2016 (Suva-Nr. 271).

1.6 Mit Verfügung vom 30. September 2016 (Suva-Nr. 283) sprach die Beschwerdegegnerin für die verbleibenden Folgen des Unfalls vom 5. Oktober 2012 ab 1. November 2016 eine Invalidenrente von 25 % sowie eine Integritätsentschädigung von CHF 6'300.00, entsprechend einem Integritätsschaden von 5 %, zu. In minimaler teilweiser Gutheissung der dagegen am 9. November 2016 erhobenen Einsprache (Suva-Nr. 296) änderte die Beschwerdegegnerin ihre Verfügung mit Einspracheentscheid vom 7. Juni 2017 insoweit ab, als sie dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2016 eine Invalidenrente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 26 % zusprach. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

2. Mit Zuschrift vom 12. Juli 2017 lässt der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 7. Juni 2017 erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 24 ff.):

1. Es sei der Einsprache-Entscheid der Suva vom 7.6.2017 (inkl. die Verfügung der Suva vom 30. September 2016) aufzuheben.
2. Es seien dem Versicherten und Beschwerdeführer A.____ eine volle Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung von 100 % auszurichten.
3. Die Suva sei zu verpflichten, die Kosten für die Fortführung der Heilbehandlungen insbesondere in den Disziplinen Orthopädie Schmerzbehandlung und Psychiatrie/Psychologie zu übernehmen.
4. Bis zum Rentenbeginn seien dem Beschwerdeführer weiterhin (rückwirkend auf deren Einstellung per 30. September 2016) die vollen Taggelder der SUVA auszurichten.
5. Es sei durch einen fachärztlichen Gutachter (polydisziplinär, auch bezüglich somatoformer Schmerzstörung) abzuklären, was für gesundheitliche Folgen der Arbeitsunfall vom 5. Oktober 2012 hat und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit und die Integrität des Beschwerdeführers auswirken.
6. Es sei gutachterlich insbesondere abzuklären, ob das traumatische Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 (und dessen Folgen) für die heute festzustellende schwerwiegende psychische Erkrankung als schadenauslösende traumatische Einwirkung zu gelten hat.
7. Die SUVA habe den Abschluss der Eingliederungsmassnahmen der IV abzuwarten und die gesetzlichen Leistungen (insbes. IV-Rente und Integritätsentschädigung) seien erst nach Erreichen des medizinischen Endzustandes festzulegen.
8. Es sei eine öffentliche Verhandlung mit den Parteien und deren Vertretern vor den Schranken des Versicherungsgerichts (inkl. Parteibefragung) durchzuführen (EMRK Art. 6).
9. UKEF.

3. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2017 (A.S. 54 ff.) auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Replik vom 12. Januar 2018 (A.S. 77 ff.) hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Zuvor reicht er einen Bericht der L.____, einer Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. November 2017 (über

einen stationären Aufenthalt vom 2. Oktober bis 30. November 2017) ein (A.S. 71). Mit der Replik werden weitere Arztberichte zu den Akten gegeben. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in der Folge auf die Einreichung einer umfassenden Duplik und verweist auf die Begründung in der Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2017 (A.S. 93). 5. Mit prozessleitender Verfügung vom 22. Januar 2018 (A.S. 89 f.) werden die die Akten der Invalidenversicherung beigezogen (A.S. 89 f.). 6. Die mit Schreiben vom 27. Februar 2018 (A.S. 98 f.) durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 28. Februar 2018 (A.S. 100) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Mai 2019 werden die in der Zwischenzeit hinzugekommenen Akten der Invalidenversicherung beigezogen (A.S. 101). Der Beschwerdeführer lässt daraufhin mit Schreiben vom 6. Juni 2019 Akteneinsicht verlangen und neue Unterlagen einreichen (mehrere Berichte der Psychologin I.____, der Klinik L.____ sowie Auszug aus einem Gutachten der M.____; A.S. 103 ff.). Mit Schreiben vom 10. Juli 2019 bestätigt er die bisher gestellten Anträge (A.S. 115). 8. Der Präsident des Versicherungsgerichts teilt mit Verfügung vom 13. August 2019 mit, es werde ein orthopädisches Gerichtsgutachten eingeholt (A.S. 117 ff.). Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung des Beschwerdeführers Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, von der O.____ zu beauftragen. Der Beschwerdeführer lässt am 10. September 2019 beantragen, es sei zusätzlich eine Frage betreffend Berufskrankheit zu stellen und ein psychiatrisches Gutachten einzuholen (A.S. 122 f.). Diese Anträge werden mit prozessleitender Verfügung vom 23. Oktober 2019 abgewiesen. Gleichzeitig wird der Begutachtungsauftrag an Dr. med. N.____ erteilt (A.S. 125 ff.). Ein Antrag des Beschwerdeführers vom 29. Oktober 2019, der Entscheid, kein psychiatrisches Gutachten einzuholen, sei in Wiedererwägung zu ziehen (A.S. 130 f.), wird mit Verfügung vom 31. Oktober 2019 abgewiesen (A.S. 132). 9. Am 27. Januar 2020 erstattet der Gutachter Dr. med. N.____ seine orthopädische Expertise (A.S. 134 ff.). Die Beschwerdegegnerin äussert sich dazu am 18. Februar 2020 (A.S. 209), der Beschwerdeführer am 15. Mai 2020 (A.S. 220 ff.). Er lässt verschiedene Beweisanträge stellen und gleichzeitig weitere medizinische Berichte zu den Akten reichen. Die Beweisanträge werden mit Verfügung vom 18. Mai 2020 abgewiesen (A.S. 226 f.). 10. Mit Eingabe vom 12. Juni 2020 hält der Beschwerdeführer an der Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (A.S. 231 f.). Die Verhandlung wird in der Folge auf den 13. August 2020 angesetzt. Der Beschwerdegegnerin wird das Erscheinen freigestellt (A.S. 233 f.). Sie meldet sich mit Schreiben vom 30. Juni 2020 von der Verhandlung ab (A.S. 235), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. Juli 2020 informiert wird (A.S. 236). 11. Die öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht findet am 13. August 2020 statt. Der Beschwerdeführer lässt weitere Unterlagen einreichen, welche zu den Akten genommen werden. Sein Rechtsvertreter stellt und begründet in seinem Parteivortrag die folgenden, gegenüber der Beschwerdeschrift leicht modifizierten Rechtsbegehren (vgl. auch die schriftlich abgegebenen Plädoyerprotokolle): 1. Es sei der Einsprache-Entscheid der Suva vom 7. Juni 2017 (inkl. die Verfügung der Suva vom 30. September 2016) aufzuheben. 2. Es seien dem Versicherten und Beschwerdeführer A.____ rückwirkend ab 1. November 2016 eine volle Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung von 100 % auszurichten. 2a Eventualiter sei dem Versicherten und Beschwerdeführer A.____ eine Invalidenrente basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von zumindest 36 % zuzusprechen. 3. Die Suva sei zu verpflichten, die Kosten für die Fortführung der Heilbehandlungen insbesondere in den Disziplinen Orthopädie Schmerzbehandlung und Psychiatrie/Psychologie zu übernehmen.

4. Bis zum Rentenbeginn seien dem Beschwerdeführer weiterhin (rückwirkend auf deren Einstellung per 30. September 2016) die vollen Taggelder der SUVA auszurichten. 5. Es sei durch einen fachärztlichen Gutachter (polydisziplinär, auch bezüglich somatoformer Schmerzstörung) abzuklären, was für gesundheitliche Folgen der Arbeitsunfall vom 5. Oktober 2012 hat und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit und die Integrität des Beschwerdeführers auswirken. 6. Es sei gutachterlich insbesondere abzuklären, ob das traumatische Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 (und dessen Folgen) für die heute festzustellende schwerwiegende psychische Erkrankung als schadenauslösende traumatische Einwirkung zu gelten hat. 7. Die SUVA habe den Abschluss der Eingliederungsmassnahmen der IV abzuwarten und die gesetzlichen Leistungen (insbes. IV-Rente und Integritätsentschädigung) seien erst nach Erreichen des medizinischen Endzustandes festzulegen. 8. UKEF. Für den Ablauf der Verhandlung wird auf das gleichentags erstellte Protokoll verwiesen (A.S. 238 ff.). 12. Mit Verfügung vom 14. August 2020 wird den Parteien das Protokoll der Verhandlung zugestellt. Gleichzeitig wird in Aussicht genommen, dem gerichtlich bestellten Gutachter Dr. med. N.____ ergänzende Fragen zu stellen (A.S. 241 f.). Nachdem der Beschwerdeführer dazu am 16. September 2020 Stellung genommen hat (A.S. 249 f.), ergeht am 22. September 2020 die Verfügung mit den Ergänzungsfragen (A.S. 251 f.). Die Antwort des Gutachters datiert vom 22. Oktober 2020 (A.S. 257 f.). Die Beschwerdegegnerin äussert sich dazu am 10. November 2020 (A.S. 263), der Beschwerdeführer am 18. November 2020 (A.S. 264 ff.). 13. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien und im Parteivortrag des Beschwerdeführers wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II.

E. 2

2.1 Am 1. Januar 2017 sind Änderungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015). Das Verfahren betrifft Leistungen für einen Unfall vom 5. Oktober 2012. Massgebend ist daher die Regelung, welche bis 31. Dezember 2016 gültig war. 2.2 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem

eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann.

Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

2.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

2.5 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2014 vom 31. März 2015 E. 2.2). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f., 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 4.5.1).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen

Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG, S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2015, 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 7. Juni 2017 – mitzuberocksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.4 Für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als

schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

3.5 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

4. Zum medizinischen Sachverhalt enthalten die Akten – einschliesslich der durch das Gericht beigezogenen Akten der Invalidenversicherung – insbesondere die folgenden Angaben:

4.1 Dem Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 23. April 2014 lässt sich die Diagnose einer posttraumatischen trochlearen Knorpelläsion sowie einer beginnenden medialen Gonarthrose links entnehmen. Er habe den Beschwerdeführer vor zwei Monaten erstmals gesehen wegen infrapatellärer, anteromedialbetonter Knieschmerzen links. Den Ursprung hätten die Beschwerden in einer heftigsten infrapatellären Knie-Kontusion am 5. Oktober 2012. Er gehe bei gegebener Diagnose davon aus, dass eine Mischproblematik vorliege bei trochlearem Knorpelschaden und beginnender medialer Gonarthrose. Er sei geneigt, dem Beschwerdeführer eine valgisierende Tibiakopf Osteotomie vorzuschlagen bei deutlich varischer Beinachse. Gleichzeitig sollte aber auch die Knorpelläsion in der Trochlea und idealerweise auch diejenige am medialen Kompartiment mitangegangen werden. Es werde dem Beschwerdeführer dazu das Team um Professor Dr. med. P.____ in der Klinik F.____ in [...] empfohlen (Suva-Nr. 20).

4.2 4.2.1 Im Bericht der Klinik F.____ vom 17. Juni 2014 wurde die Diagnose einer Varusgonarthrose sowie eines Knorpelschadens Trochlea femoris Kniegelenk links gestellt. Der Röntgenbefund des linken Knies vom 3. April 2014 habe eine vollschichtige Knorpelschädigung über dem medialen Kompartiment in der Hauptbelastungszone sowie eine leichtgradige Degeneration des medialen Meniskus ergeben. Weiter wurde von einer mässigen Chondropathie retropatellär, einem vollschichtigen Knorpelschaden in der Trochlea femoris lateral mit deutlichem subchondralem Ödem und Zystenbildung im Sinne einer osteochondralen Läsion sowie einer grossen Bakerzyste loco typico berichtet. Als mögliche Therapieoption biete sich die Durchführung einer valgisierenden Tibiakopf-Umstellungsosteotomie in Kombination mit einem knorpelrekonstruktiven

Verfahren (Suva-Nr. 32 S. 2 f.). 4.2.2 Dem Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 28. Juni 2014 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 24. Juni 2014 einer Operation unterzogen hat. Der peri- sowie der postoperative Verlauf hätten sich komplikationslos gestaltet. Bei reizlosen und trockenen Wundverhältnissen sei der Beschwerdeführer sicher an Unterarmgehstützen mobilisiert in das häusliche Umfeld sowie die weitere ambulante Betreuung entlassen worden (Suva-Nr. 44).

4.2.3 Dem Bericht der Klinik F.____ vom 12. Januar 2015 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Suva-Nr. 101): St.n. Arthroskopie Kniegelenk links, medialer Teilmenishektomie mit Mikrofrakturierung Trochlea femoris und valgusierender Tibiakopfumstellungsosteotomie (TomoFix) Dr. AB.____ 06/2013 bei - Medialer Gonarthrose bei Varusfehlstellung sowie Knorpelschaden Trochlea und mediale Meniskusläsion Kniegelenk links Sechs Monate postoperativ bestünden immer noch unveränderte Beschwerden, vor allem bei Mobilisation. Klinisch zeige sich das Plattenlager diskret überwärmt und massiv druckschmerzhaft. Konventionell radiologisch lasse sich eine zunehmende Sklerosierung ohne weitere ossäre Konsolidierung abgrenzen. Differentialdiagnostisch müsse von einer möglicherweise bestehenden delayed union ausgegangen werden. Zur weiteren Diagnostik werde nun eine SPECT-CT angemeldet. Die SPECT-CT vom 13. Januar 2015 habe auf Höhe der Osteotomie lateralbetont eine Hyperämie und vermehrten Knochenumbau ergeben. Ferner bestehe eine leichte Femoropatellararthrose und mässige, leicht aktivierte mediale Gonarthrose. Sodann liege eine leichte S-förmige Skoliose der Wirbelsäule vor. Es bestehe der Verdacht auf einen femoropatellaren Knorpelschaden/osteochondrale Läsion rechts und am ehesten Überlastungsreaktion im rechten Fuss. Schliesslich habe die Untersuchung einen unspezifisch vermehrten Knochenumbau im rechten Tuberculum majus ergeben. Anhand der durchgeführten Bildgebung liessen sich die Beschwerden auf eine Pseudoarthrose im Bereich der Umstellungsosteotomie zurückführen. Grundsätzlich sei hier eine Revision angezeigt. Die Platte zeige sich bildgebend ohne Lockerungszeichen, so dass diese gegebenenfalls intraoperativ belassen werden könne. Es sei eine Spongiosaplastik mit Eigen- und Fremdmaterial erforderlich (Suva-Nr. 103 S. 2 f.). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % bis zum 31. März 2015 (Suva-Nr. 107).

4.2.4 Laut dem Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 2. April 2015 (Suva-Nr. 120) unterzog sich der Beschwerdeführer am 30. März 2015 der in Aussicht genommenen zweiten Operation (Revisionsosteotomie mit Entfernung der Tomofixplatte, Entfernen der Pseudarthrose, Anfrischen der Pseudarthrosen/Osteotomieränder, Entnahme vom Beckenkammspan und Spongiosa monokortikal, Anlage Beckenkammspongiosa und Span sowie Re-Osteosynthese mittels Tomofix). Der Bericht hält fest, es liege peri- und postoperativ ein komplikationsloser Verlauf vor. Der Beschwerdeführer habe problemlos in die Physiotherapie mit 50 kg Teilbelastung mobilisiert werden können. Er sei am 2. April 2015 in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden.

4.3 Dem Bericht der Psychologin I.____ und des Psychiaters med. pract. J.____ vom 24. März 2015 sind die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) zu entnehmen. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 20. Januar 2015 in Behandlung. Zunächst sei der Beziehungsaufbau im Fokus gestanden. Der Beschwerdeführer habe Zeit gebraucht, um über sich reden zu können. Allmählich habe er sich öffnen können und über seine traumatischen Erfahrungen im bosnischen Krieg im Jahre 1991 berichtet. Auch die aktuelle Befindlichkeit nach dem Unfall und deren Auswirkungen auf sein Leben seien thematisiert worden. Insgesamt könne festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer von den

Sitzungen profitiert habe. Ab April 2015 komme es zu einer Sistierung der Therapie, da die Referentin in Mutterschaftsurlaub gehe (Suva-Nr. 116). 4.4 Vom 28. Mai bis 2. Juli 2015 fand ein Aufenthalt in der Klinik Q.____ statt (Suva-Nr. 142). Dem Austrittsbericht vom 1. Juli 2015 lassen sich die folgenden Diagnosen, welche für die Beurteilung allenfalls relevant sein könnten, entnehmen (Suva-Nr. 142 S. 1 f.): A. Unfall vom 05.10.2012: Beim Verschieben des Baukompressors Schlag durch den Deckel ans linke Knie A1 Mediale Gonarthrose bei Varusfehlstellung sowie Knorpelschaden Trochlea und mediale Meniskusläsion Kniegelenk links A2 Pseudarthrose linker Tibiakopf - 24.06.2014 Arthroskopie Kniegelenk links mit medialer Teilmeniskektomie mit Mikrofrakturierung Trochlea femoris - 24.06.2014 Valgisierende Tibiakopfumstellungsosteotomie (Tomofix) - 13.01.2015 SPECT-CT: Pseudarthrose im Bereich der Umstellungsosteotomie. Kein Nachweis eines ossären Durchbaus der valgisierenden Tibiakopfosteotomie links. Auf Höhe der Osteotomie findet sich lateralbetont eine Hyperämie und vermehrter Knochenumbau (DD: Im Rahmen einer delayed union, beginnenden Pseudarthrosebildung. Aufgrund der deutlichen Hyperämie ist letztendlich auch ein Infektfokus nicht sicher ausschliessbar). Leichte Femoropatellararthrose und mässige, leicht aktivierte mediale Gonarthrose. - 30. März 2015 Revisionsosteotomie im Sinne von Entfernung Tomofixplatte, Entfernen der Pseudarthrose, Anfrischen der Pseudarthrosen/Osteotomieeränder, Entnahme von Beckenkammspan und Spongiosa monokortikal A3 April 2015: Infekt mit Propionibacterium acnes - Orale Antibiose mit Rimactan und Tavanic bis zum 05.06.2015 - 19.05.2015 Röntgen Kniegelenk links: Regelhaft einliegende Platte bei fortgesetzter Konsolidierung im Osteotomiespalt. E. Psychiatrische Diagnosen E1 Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) E2 RKB (06/2015): Chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) Akzentuierte Persönlichkeitszüge, unsicher-ängstlich (ICD-10: Z73.1) Psychosomatische Beurteilung noch nicht abgeschlossen folgt im separaten Bericht. Im Weiteren wurde ausgeführt, knapp drei Jahre nach Anschlag eines Baukompressors an das Kniegelenk links, Entwicklung einer medialen Gonarthrose mit Meniskusläsion im Verlauf, ein Jahr nach valgisierender Tibiakopfumstellungsosteotomie und drei Monate nach Revisionsosteotomie bei Pseudarthrose und Infekt lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht gut erklären. Der Beschwerdeführer habe sehr motiviert an den Therapien teilgenommen. Diese hätten wenig Einfluss auf die Schmerzquantität und -intensität nehmen können. Eine belastungsabhängige Schwellung des Kniegelenks habe objektiviert werden können, klinische Zeichen einer lokalen Entzündung hätten sich jedoch zu keiner Zeit gezeigt. Die Antibiose sei nach telefonischer Rücksprache mit dem Operateur der Klinik F.____ am 5. Juni 2015 gestoppt worden. Zusammenfassend habe keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten nicht wesentlich gesteigert werden können. Die Beweglichkeit im linken Knie habe sich jedoch leicht verbessert (Suva-Nr. 142 S. 4). Aus psychiatrischer Sicht begründe die festgestellte psychische Störung eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Aufgrund des psychisch instabilen Zustandes sei eine Arbeitsaufnahme aktuell nicht zumutbar. Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten werde aktuell nicht festgelegt (Suva-Nr. 142 S. 3). 4.5 Dem psychosomatischen Konsilium der Klinik Q.____ vom 11.

August 2015 (Suva-Nr. 155) lassen sich die Diagnosen einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) sowie von akzentuierten Persönlichkeitszügen, unsicher-ängstlich (ICD-10: Z73.1), entnehmen. Der Beschwerdeführer habe beim Unfall am 5. Oktober 2012 eine Knieverletzung erlitten. Seither leide er unter anhaltenden Schmerzen und Knie-Instabilität, weshalb er Gehstöcke benutze. Durch die Verletzung habe er viel Zeit zu Hause verbracht, so dass er sich mehr mit seiner Vergangenheit auseinandergesetzt habe und dadurch die erlebten Traumatisierungen aus dem Bosnien-Krieg reaktiviert worden seien. Nach dem Unfall seien auch die Angstzustände mit Panikattacken häufiger geworden. Zudem habe er depressive Symptome entwickelt. Der Unfall habe zur Dekompensation eines vormals «labialisierten» psychischen Gleichgewichtes geführt. Aktuell zeige der Beschwerdeführer grosse Angst vor Schmerzen und ertrage kaum körperliche Belastungen. Des Weiteren weise er unsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge auf und zeige kaum Eigeninitiative. Die psychische Störung begründe eine mindestens mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. 4.6 Am 25. August 2015 fand eine Untersuchung im Röntgeninstitut R.____ in [...] statt. Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Radiologie, berichtet von einer leichten Facettengelenksarthrose im Segment LWK2/3, einer mässiggradigen Facettengelenksarthrose und foraminalen Bandscheibenprotrusion im Segment LWK3/4, einer Bandscheibenprotrusion und ausgeprägten Facettengelenksarthrose im Segment LWK4/5 und einer leichten Retrolisthese von LWK5 gegenüber SWK1, Osteochondrose und breitbasige dorsomediane Bandscheibenherniation mit Obliteration des oberen Anteiles des lateralen Recessus links und möglicher Kompression der Nervenwurzel S1 links im Segment LWK5/SWK 1 (Suva-Nr. 161). 4.7 4.7.1 Dr. med. G.____, Oberarzt Orthopädie Untere Extremitäten, von der Klinik F.____, führt in seinem Bericht vom 15. September 2015 aus, zum jetzigen Zeitpunkt seien ganzheitlich keine weiteren Massnahmen, auch keine rehabilitativen, indiziert. Weiterhin sei Physiotherapie zum Aufbau der Muskulatur und Eigenübungen indiziert. Des Weiteren werde zeitnah ein Computertomogramm des linken Kniegelenks zur sicheren Evaluation des Durchbauungsverhaltens erstellt und danach werde eine Wiedervorstellung des Beschwerdeführers zur Besprechung des weiteren Procedere erfolgen (Suva-Nr. 165). 4.7.2 In seinem Bericht vom 9. Oktober 2015 erklärt Dr. med. G.____, von Seiten des linken Kniegelenks liege klinisch als auch CT-tomographisch ein sehr zufriedenstellender Befund mit einem guten Durchbau der Osteotomie sieben Monate nach der Revisionsoperation bei bekanntem Proprii bacterium vor. Grundsätzlich werde von orthopädischer Seite empfohlen, unbedingt die Muskulatur weiter aufzutrainieren und eine volle Beweglichkeit zu erlangen. Die nächste Kontrolle erfolge im Januar klinisch radiologisch und dann werde das weitere Procedere bezüglich des linken Knies festgelegt. Grundsätzlich werde dem Beschwerdeführer angeraten, die Stöcke abzutrainieren (Suva-Nr. 178). 4.8 Der Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, gelangt in seiner Beurteilung vom 23. September 2015 zum Ergebnis, bei den geltend gemachten Beschwerden an der LWS bestehe aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Hinweis für posttraumatische Unfallfolgen. Wie dem MRI-Bericht vom 25. August 2015 zu entnehmen sei, handle es sich auf verschiedenen Segmenten der LWS um vorbestehende degenerativ-krankhafte Veränderungen, welche keine Unfallfolgen seien, sondern im Laufe der Jahre durch Abnutzung entstanden seien (Suva-Nr. 168). 4.9 Dem Erstkonsultationsbericht von Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, vom 5. November 2015 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Suva-Nr. 188): Chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: - Massive degenerative Veränderungen Facettengelenk L3/4, L4/5, L5/S1 - DD radikuläres Schmerzsyndrom S1 links bei Bandscheibenvorfall auf Höhe L5/S1 und rezessal möglicher Einengung der Wurzel - Gestörte Neurodynamik auf Höhe L4/5 bei spondylarthrotisch massiv eingeeengten foraminalen Ausgängen St.n. komplizierten Knieoperationen links Diabetes mellitus Typ 1 Nephrolithiasis bds. Chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung nach Kriegserlebnissen Im Vordergrund stehe eine durch die Fehlbelastung ausgelöste Facettengelenksschmerzproblematik, welche als erstes diagnostisch-therapeutisch weiter angegangen werden müsse. Falls die Facettengelenke fertig abgeklärt und allenfalls therapiert worden wären und die radikuläre Problematik weiter anhalten würde, gelte es, das Augenmerk vermehrt auf die Wurzel S1 bei Verdacht auf rezessale Einengung zu legen. In der Klinik habe der Beschwerdeführer klar eine gestörte Neurodynamik auf Höhe L4/5 mit gekreuztem positivem umgekehrtem Lasègue gezeigt. Hier müssten allenfalls ebenfalls diagnostisch weitere Abklärungen durchgeführt werden. Bei erfolglosen Therapien, aber doch positiven Diagnosen und LA Effekten könne der Beschwerdeführer ansonsten an einen Chirurgen weiter verwiesen werden. Konservativ medikamentös käme allenfalls das relativ nierenverträgliche Etodolac (Lodine) als zusätzliches Analgetikum der WHO Stufe 1 in Frage. Ansonsten bleibe bei dieser Schmerzproblematik der Einsatz von Opioiden (Suva-Nr. 188).

4.10 Dr. med. G.____ nahm im Bericht vom 19. Januar 2016 erneut Stellung zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers. So führte er aus, in einem extern durchgeführten MRI des rechten Kniegelenks zeigten sich eine Innenmeniskus-Läsion ohne freie Lappenkomponente, Chondromalazie mediales Kompartiment, mediale Trochlea ebenfalls leichte Chondromalazie laterales Kompartiment femoral betont. In den durchgeführten Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks in zwei Ebenen zeige sich eine Konsolidierung der ehemaligen Pseudarthrose bei regelhafter Plattenlage. Insgesamt sie die Gesamtsituation erschwert aufgrund einer multimorbiden Komponente beginnend mit einer Hörproblematik übergehend zu einem Rückenproblem, zu einem neuen Knieproblem rechts und zu einem alten Knieproblem links. Im Bereich des rechten Kniegelenks empfehle er zum jetzigen Zeitpunkt keine operative Intervention, sondern konservative Massnahme im Sinne von Physiotherapie/Eigenübung. Im April, ein Jahr nach der stattgehabten Intervention, könne die Platte entfernt werden. Bezüglich Hör-/Rückenproblematik und Diabetes-Symptomatik befinde sich der Beschwerdeführer in externer Behandlung. Eine IV-Rente sei eingereicht worden, was aus ärztlicher Sicht ganz klar unterstützt werde. Mit dem aktuellen Zustand sei der Beschwerdeführer aktuell und auch in naher Zukunft nicht arbeitsfähig (Suva-Nr. 201).

4.11 Die Psychologin M. sc. I.____ und pract. med. J.____ attestieren dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie führen weiter aus, es hätten bis dato 33 Sitzungen stattgefunden. Ein Fokus habe sich dabei auf die Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse im Krieg in Bosnien gerichtet. Teilweise sei es gelungen, einige traumatische Elemente zu integrieren. Andere traumatische Ereignisse hätten eine Reaktivierung durch den Unfall des Beschwerdeführers gefunden. Unfallfremde Faktoren, die den Heilverlauf verzögern würden, könnten zurzeit ausgeschlossen werden (Verlaufsbericht vom 6. April 2016, Suva-Nr. 229).

4.12 Am 31. März 2016 nahm Dr. med. H.____ erneut eine ärztliche Beurteilung vor (Suva-Nr. 227). Er führt aus, die Frage, ob die geklagten Beschwerde Knie rechts und LWS im Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. Oktober 2012 sowie die Kniebeschwerden rechts im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. März 2002 stünden, könne mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden.

Dokumentiert werde ein Unfall am 5. Oktober 2012. Es sei eine Vorstellung in der chirurgischen Klinik des Spitals C.____ erfolgt, wie dem Bericht vom 8. Oktober 2010 (recte: 2012) zu entnehmen sei. Eine Kontusion sei an der linken Hüfte, proximale Tibia und distaler Femur links diagnostiziert worden. Die durchgeführte radiologische Diagnostik ohne Hinweise für eine frische knöcherne Verletzung. Anamnestisch seien keine Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes sowie im Bereich der LWS vorhanden gewesen. In den echtzeitlichen Akten sei auch keine Verletzung des rechten Knies oder der LWS dokumentiert. Erst bei der Untersuchung vom 7. Juli 2015 (fast drei Jahre nach dem Unfallereignis) habe der untersuchende Arzt Dr. med. G.____ über Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers berichtet. Die am 25. August 2015 durchgeführte radiologische Untersuchung (MRI der LWS und ISG) weise auf degenerative Veränderungen hin. In der einschlägigen Literatur gehe man davon aus, dass unfallkausale lumbale Beschwerden (neurologische Ausfallserscheinungen im Sinne eines sensomotorischen Defizites einer radikulären Symptomatik) nach einem LWS-Kontusionstrauma innerhalb von 72 Stunden auftreten würden. Im vorliegenden Fall sei von Dr. med. G.____ nur über Rückenbeschwerden fast drei Jahre nach dem Ereignis berichtet worden. Bei der Diskushernie handle es sich eindeutig um eine degenerative Diskopathie und nicht um eine traumatische Hernie. Ausserdem habe der Beschwerdeführer innerhalb von 72 Stunden nach dem Ereignis keine neurologischen Ausfälle gehabt. Insgesamt sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation anzunehmen, dass die aktuell geltend gemachten Rückenbeschwerden klinisch sowie radiologisch einer Lumboischialgie aufgrund der oben beschriebenen degenerativen Veränderungen der Bandscheibe L5/S1 zuzuordnen seien. Bezüglich Knieschmerzen rechtsseitig sei anamnestisch kein Hinweis für stattgehabtes Knie Trauma rechts vorhanden. In den echtzeitlichen Akten sei auch keine Verletzung des rechten Knies dokumentiert. Erst bei der Untersuchung am 19. Januar 2016 (dreieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis) habe Dr. med. G.____ über neu auftretende Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Kniegelenks berichtet. Die am 7. Januar 2016 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks weise eindeutig auf degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks hin. Bei einem Meniskusschaden (Meniskusläsion) träten häufig Schädigungen aufgrund eines Verschleisses auf. Auch aufgrund sportlicher und beruflicher Belastungen nutze sich über Jahre hinweg das Knorpelgewebe ab und es könne so zu einem Meniskusschaden führen. Für einen Meniskusriss könne es auch andere Ursachen geben, da Knorpelgewebe im Gegensatz zu anderen Gewebearten nur indirekt über die Gelenkflüssigkeit ernährt werde. Epidemiologisch sei die Inzidenz und Prävalenz von Rückenschmerzen und Beschwerden an der Gegenextremität auch bei relevanten Beinlängenverkürzungen oder sogar Unterschenkelamputationen mit Prothesenversorgung nicht signifikant höher. Zusammenfassend handle es sich bei dem chronischen lumbospondylo- genem Schmerzsyndrom sowie degenerativen Veränderungen des medialen Meniskus und degenerativen Veränderungen des medialen und lateralen Femurcondylus sowie des medialen femoralen Pfeilers der Trochlea des rechten Kniegelenks mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht um die Folgen der Ereignisse vom 6. März 2002 und 5. Oktober 2012 (Suva-Nr. 227). 4.13 Am 13. April 2016 unterzog sich der Beschwerdeführer in der Klinik F.____ einer weiteren Operation (Entfernung des Osteosynthesematerials proximale Tibia links, Entnahme von Gewebeproben und Einsenden des Implantats zur Sonikation; Suva-Nr. 233). Dem im Anschluss an diese Operation erstellten Bericht vom 2. Juni 2016 lässt sich entnehmen, in Zusammenschau der

Befunde habe durch die Metallentfernung zwar eine etwas verbesserte Schmerzsituation erzielt werden können, insgesamt lägen jedoch weiterhin eine belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit diffus im Bereich des Kniegelenkes sowie ein neuropathischer Schmerzcharakter im Bereich des Zuganges vor (Suva-Nr. 235). 4.14 Nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 20. Juli 2016 stellte Dr. med. K.____ die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 248): Belastungsabhängige Restbeschwerden mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung Kniegelenk links bei: - St. n. offener Entfernung des Osteosynthesematerials proximale Tibia links am 13.04.2016 bei: - St. n. Revisionsosteotomie im Sinne von Entfernung Tomofixplatte, Entfernen der Pseudarthrose, Anfrischen der Pseudarthrosen-/Osteotomieänder, Entnahme von Beckenkammspan und Spongiosa monokortikal, Anlage Beckenkammspanngiosa und Span bei Infekt mit Propionibacterium acnes, bei: - Re-Osteosynthese mittels Tomofixplatte am 30.03.2015 - St. n. Pseudarthrose linker Tibiakopf nach Tibiakopfosteotomie und Tomofix-Retention vom 24.06.2014 - St. n. Kontusion des rechten Unterschenkels proximal lateral am 05.12.2012 mit möglichem Knorpelschaden an der lateralen Femurcondyle

Unfallunabhängig: Varusgonarthrose rechts Lumbale Beschwerden Zusammenfassend führt der Kreisarzt aus, anlässlich des Unfallereignisses 2012 sei es gemäss MRI-Befund zu einer Knorpelläsion des lateralen Femurcondyls des linken Kniegelenks gekommen. Zumindest lasse sich eine Teilkausalität diesbezüglich präoperativ nicht ausschliessen. Die am 24. Juni 2014 durchgeführte Umstellungsosteotomie habe in keinem unfallkausalen Zusammenhang gestanden und ausschliesslich der Behandlung vorbestehender unfallunabhängiger degenerativer Schäden gedient. Die Beschwerden von Seiten des rechten Kniegelenks und der Wirbelsäule stünden in keinem unfallkausalen Zusammenhang und seien auch nicht Folge oder Teilfolge einer Mehrbelastung wegen Schmerzen am linken Kniegelenk. Gemäss heutigen Angaben des Beschwerdeführers bestünden seit der zweiten Operation vom 30. März 2015 unveränderte Beschwerden trotz medikamentöser und physiotherapeutischer Behandlung. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass durch weitere medizinische Massnahmen noch eine wesentliche Verbesserung erreicht werden könne, insbesondere nicht bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Unfallbedingt bestehe aufgrund der Beschwerden im linken Kniegelenk eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Strassenbauarbeiter; diese sei nicht mehr möglich. Ausschliesslich unfallbedingt sollte aufgrund der objektivierbaren Befunde in einer wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit ohne Knien und/oder Kauern, ohne repetitives Treppensteigen und ohne Feuchtigkeits- und Kälteexposition eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Zu vermeiden seien auch Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und/oder Gerüsten sowie an schlagenden und/oder vibrierenden Maschinen.

Wie die Psychologin Frau I.____ im Bericht vom 18. Juli 2016 festhalte, reagiere der Beschwerdeführer aufgrund seiner Kriegserfahrungen mit heftigen somatischen Symptomen. Für diese psychosomatische Schmerzproblematik sei die Suva nicht leistungspflichtig. Unfallbedingt sei der geplante Aufenthalt in der Schmerzlinik [...] nicht notwendig (Suva-Nr. 248 S. 17 f.). 4.15 Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 10. August 2016 in Aussicht gestellt hatte, dass die Taggelder längstens bis am 31. Oktober 2016 ausgerichtet würden (Suva-Nr. 261), reichte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. August 2016 die folgenden Berichte ein: Verlaufsbericht von M. sc. I.____ und pract. med. J.____ vom 8. April 2016 (Suva-Nr. 266 S. 5), Bericht von Dr. med. T.____, Facharzt für Anästhesiologie, vom 21. April 2016 (Suva-Nr. 266 S. 6 f.), Arztbericht von Dr. med. U.____, vom 9. Juni 2016 (Suva-Nr. 266 S. 8 ff.) und Bericht der Klinik F.____ vom

2. Juni 2016 (Suva-Nr. 266 S. 11 f.). 4.15.1 Die Psychologin M. sc. I.____ und der Psychiater pract. med. J.____ führen aus, der Beschwerdeführer leide unter einer mittelgradigen Depression (ICD10: F32.1), die deutlich auf den Unfall zurückzuführen sei. Seit dem Unfall und dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit erlebe er sich als nutzlos und unter massiven Selbstwertkrisen verbunden mit Existenzängsten. Auch suizidale Gedanken würden gelegentlich auftauchen. Er sei zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-Nr. 266 S. 5). 4.15.2 Dem Bericht von Dr. med. T.____ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (Suva-Nr. 266 S. 6): Chronische Knieschmerzen nach Unfall und St.n. komplizierten Knieoperationen links - Aktuell: erneute OP im April 2016 geplant Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: - Seit Unfall des Knies durch Fehlbelastung exazerbiert - Massive degenerative Veränderungen Facettengelenk L3/4, L4/5, L5/S1 - St.n. radikulärem Schmerzsyndrom S1 links bei Bandscheibenvorfall auf Höhe L5/S1 und rezessal möglicher Einengung der Wurzel, erfolgreiche transforaminale Infiltration S1 links - Gestörte Neurodynamik auf Höhe L4/5 bei spondylarthrotisch massiv eingeengten foraminale Ausgängen Diabetes mellitus Typ 1 Nephrolithiasis bds. Chronifiziert posttraumatische Belastungsstörung nach Kriegserlebnissen Weiter führte Dr. med. T.____ aus, aus seiner Sicht bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen dem linken (verunfallten) Knie, der anschliessenden Schon- und Fehlbelastung der Wirbelsäule und den in der Folge exazerbierten Rückenschmerzen, welche der Beschwerdeführer schon während seiner Rehabilitation in mehrmals angemahnt habe, worauf aber in der Therapie dort gemäss seinen Aussagen nicht eingegangen worden sei. Die von Dr. med. T.____ durchgeführten Interventionen hätten positive diagnostische Resultate der Facettengelenke L3/4, L4/5 und L5/S1 links gezeigt. Die transforaminale Infiltration der Wurzel S1 habe seit Dezember 2015 anhaltend eine vollständige Regression der radikulär ausstrahlenden Schmerzen gebracht (Suva-Nr. 266 S. 6 f.). 4.15.3 Dr. med. U.____ erklärt in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 9. Juni 2016, der Beschwerdeführer befinde sich seit Januar 2013 in seiner Behandlung. Bis zum Unfallereignis vom Oktober 2012 habe er sich weitgehend in einem guten Allgemeinzustand befunden. Die posttraumatische Belastungsstörung sei durch die Arbeit, in die er sich nach mehr als einjähriger Inhaftierung während des Krieges in [...] gestürzt habe, weitgehend kompensiert gewesen. Die ersten Konsultationen hätten wegen des neu entdeckten Diabetes mellitus II im Januar 2013 stattgefunden. Die Unfallfolgen vom Oktober 2012 seien im Regionalspital C.____ behandelt worden. Wegen anhaltender bewegungs- und belastungsabhängiger Schmerzen des linken Knies habe Dr. med. U.____ den Beschwerdeführer im November 2013 an Dr. med. D.____ in [...] überwiesen. Aktuell klage der Beschwerdeführer über weiterhin persistierende bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen am linken Knie, wie auch im LWS Bereich. Neu bestünden durch Fehl- und Falschbelastung auch Schmerzen im rechten Knie. Durch die anhaltenden Schmerzen und die viele «freie» Zeit seien zunehmend traumatische Erinnerungen an den Krieg in [...] und seine Inhaftierung aufgetreten, die sich durch die Psychologin (Hospitalisation Q.____) noch intensiviert hätten. Der Beschwerdeführer habe mit Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, schreckhaftes Erwachen nach Alpträumen etc.), vermehrter Nervosität, Angst und Ängstlichkeit, Gereiztheit vor allem gegenüber seinen nächsten Angehörigen, sozialem Rückzug, Konzentrationsstörungen, depressiver Grundstimmung etc. reagiert, weswegen er ihn im Dezember 2014 für psychotherapeutische Massnahmen an M. sc. I.____, Gruppenpraxis pract. med. J.____ in [...] überwiesen habe (Suva-Nr. 266 S. 8 ff.). 4.15.4 Dem Bericht der Klinik F.____ vom 2. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer planmässig sechs Wochen

postoperativ zur klinisch-radiologischen Kontrolle vorgestellt habe. In Zusammenschau der Befunde habe durch die Metallentfernung zwar eine etwas verbesserte Schmerzsituation erzielt werden können, insgesamt liege jedoch weiterhin eine belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit diffus im Bereich des Kniegelenkes sowie ein neuropathischer Schmerzcharakter im Bereich des Zuganges vor. Es werde vorerst die konservative Therapie empfohlen (Suva-Nr. 266 S. 11 f.). 4.16 Am 1. September 2016 nahm der Kreisarzt Dr. med. K. ___ Stellung zu den eingereichten Berichten. Er führt aus, der Rechtsvertreter, der Psychiater und der Schmerztherapeut argumentierten ausschliesslich damit, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis offenbar keine Beschwerden gehabt habe und nunmehr sämtliche geklagten Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Es handle sich somit um eine medizinisch und wahrscheinlich auch juristisch nicht haltbare «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation. Bezüglich der Ausführungen des Psychiaters med. pract. J. ___ sei von administrativer bzw. juristischer Seite die Psychoadäquanz zu beurteilen. Der Argumentation von Dr. med. T. ___, dass die Rückenbeschwerden und Knieschmerzen rechts Folge des Unfalles seien, fehle medizinisch jede Grundlage. Diese Argumentation werde in der Regel von medizinischen Laien vorgebracht. Ihm, Dr. med. K. ___, sei keine evidenzbasierte Literatur bekannt, welche diese Argumentation stützen würde. Dass belastungsabhängige Restbeschwerden im linken Kniegelenk bestehen könnten, sei plausibel, nicht jedoch das geklagte und demonstrierte Ausmass. Diesbezüglich sei noch eine Kontrolle in der Klinik F. ___ geplant. Bezüglich der zu erwartenden Arbeitsfähigkeit seien jedoch keine wesentlichen Verbesserungen zu erwarten. Deshalb sei ein niederschwelliges Arbeitsplatzprofil in angepasster Tätigkeit festgelegt worden, welches sich ausschliesslich auf die unfallbedingte Verletzung des linken Kniegelenks beziehe. Alle anderen, nicht unfallbedingten Beschwerden seien entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ausser Acht gelassen worden.

Versicherungsmedizinisch ergebe sich aufgrund des Schreibens des Rechtsvertreters und der beigelegten Berichte bezüglich des Fallabschlusses bzw. der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Änderung (Suva-Nr. 271). 4.17 Am 18. Oktober 2016 fand erneut eine klinische Verlaufskontrolle in der Klinik F. ___ statt. Dem Bericht gleichen Datums lässt sich entnehmen, dass aus chirurgischer Sicht die aktuelle Situation nicht zu verbessern sei. Bei muskulärem und funktionellem Defizit sei jedoch sicherlich eine Fortführung der Physiotherapie medizinisch indiziert. Diesbezüglich werde die Suva um erneute Prüfung einer Kostenübernahme gebeten. Beim Nebendiagnosenprofil und im Hinblick auf den neuropathischen Lokalbefund würden die Kollegen der Neurologie um entsprechende Aufbietung des Beschwerdeführers gebeten (vgl. Suva-Nr. 291). 4.18 Dem Bericht der Psychologin M. sc. I. ___ vom 25. Oktober 2016 (Suva-Nr. 305) ist zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer früher gelungen sei, durch seine Arbeit die traumatischen Erlebnisse zu kompensieren. Nach dem Unfall und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit sei es ihm nicht mehr gelungen, seine Traumata zu kontrollieren, so dass es zu einer akuten, inzwischen chronifizierten Dekompensation gekommen sei. Aktuell erlebe er wiederkehrende Träume von der Gefangenschaft, habe heftige Angstzustände und auch im Wachzustand erlebe er Flashbacks von den Foltererlebnissen, während deren er paralytisch und dissoziiert sei. Die aktuelle Dekompensation sei also kausal an den Unfall gekoppelt. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne lange Zeit kompensiert werden, durch verschiedene Faktoren wie Unfall, Stellenverlust und Schmerzen sei aber diese Kompensation weggefallen. Aus diesen Gründen sei sie der Meinung, dass eine Invalidität von 100 % vorliege (Suva-Nr. 305 S. 3). 4.19 Am 10. November 2016 erfolgte die

neurologische Untersuchung im V.____ der Klinik F.____. Deren Bericht vom 16. November 2016 enthält als Diagnose den Verdacht auf eine Neuropathie des Nervus saphenus ramus infrapatellaris links. Weiter wird ausgeführt, es bestehe eine chronifizierte Beschwerdesymptomatik im Bereich der proximalen Tibia und des Narbenbereichs infrapatellär links. Bei Hypästhesie, in etwa dem Versorgungsgebiet des Ramus infrapatellaris des N. saphenus entsprechend, und deutlichem Tinelzeichen im Narbenverlauf proximal sei eine Neuropathie des N. saphenus ramus infrapatellaris als Teilaspekt der Beschwerdegenese durchaus möglich. Auf eine lumboradikuläre Pathologie habe in der Untersuchung kein Hinweis bestanden. Es sei eine Neuraltherapie im Bereich der Operationsnarbe und infrapatellär durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer werde sich für weitere Behandlungen je nach Ansprechen in der Sprechstunde vorstellen (Suva-Nr. 316 S. 3).

4.20 Der Bericht vom 16. November 2016 wurde dem Kreisarzt Dr. med. univ. K.____ vorgelegt. Dieser hält in seiner Stellungnahme vom 9. Januar 2017 fest, die Neuraltherapie gemäss neurologischer Beurteilung sei zu übernehmen. Es sei jedoch nicht von einer Änderung der Zumutbarkeit auszugehen (Suva-Nr. 321).

4.21 Am 28. August 2014 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Die IV-Stelle traf Abklärungen und holte schliesslich ein polydisziplinäres (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie) Gutachten bei der Begutachtungsstelle M.____ ein. Die Expertise datiert vom 9. Mai 2017 (IV-Nr. 85.1 ff.). Dieser lassen sich insbesondere die folgenden vorliegend interessierenden Informationen entnehmen:

4.21.1 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. W.____ diagnostiziert eine Femoropatellararthrose links (ICD10: M19.05), ein Lumbovertebralsyndrom mit Baastrup-Zeichen L3-L5 und degenerativen Veränderungen der unteren LWS (CD10 M 54.05) sowie eine muskuläre Dysbalance der Rumpfmuskulatur mit chronischen unspezifischen Schmerzen (ICD10: M79.09 [IV-Nr. 85.1 S. 29]). Zur Beurteilung führt er aus, am linken Knie bestehe – bei initialer Kontusion und möglicher Schädigung im lateralen Kniebereich – ein degenerativ bedingter Endzustand. Klinisch könne eine Störung des femoropatellaren Gleitlagers objektiviert werden. Als Korrelat der geklagten Rückenbeschwerden könnten nur vertebrogene Irritationen und Baastrup-Reizungen an der mittleren und unteren LWS festgestellt werden; keine radikulären Begleiterscheinungen. Insgesamt fänden sich keine Zeichen einer entzündlichen oder systemischen rheumatologischen Erkrankung. Die Störung im linken Kniegelenk könnte die Veränderungen im unteren Achsenskelett ungünstig beeinflusst haben. Chronifizierungsfaktoren dürften mittlerweile einen wesentlichen Teil des kommunizierten Beschwerdebildes ausmachen. Eine Tätigkeit im Strassenbau könne der Versicherte nicht mehr bewältigen, dies spätestens seit April 2014, dem Zeitpunkt der damaligen orthopädischen Abklärung. Für eine angepasste Tätigkeit sei der Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht mindestens zu 80 % arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte Heben und Tragen von max. 15 kg, keine kauern oder gebückten Arbeitshaltungen, Gehen eine halbe Stunde am Stück, kein Gehen auf unebenem Gelände. Medizinische Massnahmen einschliesslich Versorgung mit Hilfsmitteln seien orthopädisch zu entscheiden.

4.21.2 Die neurologischen Gutachter, Dr. med. X.____ und Dr. med. Y.____, diagnostizieren eine postoperative Hypästhesie im Bereich einer ventro-medialen Operationsnarbe unterhalb des linken Kniegelenks (IV-Nr. 85.1 S. 31 f.). Die Experten halten dazu fest, die Rückenschmerzen seien mit Ausstrahlung zunächst in das linke Bein seit 2015 dokumentiert, MR-tomographisch Facettengelenksarthrosen und eine Bandscheibenhernie L5/S1, ausstrahlende Beschwerden gebessert nach Infiltration der

S1-Wurzel links, insgesamt sei eine stattgehabte S1-Radikulopathie wahrscheinlich. Die aktuellen Beschwerden mit Ausstrahlung in das rechte Bein seien nicht einem Dermatome zuzuordnen. Eine Neuropathie, z.B. im Rahmen des Diabetes mellitus, liege nicht vor. Zusammengefasst bestünden pseudoradikuläre Rückenschmerzen mit teilweise funktioneller Gangstörung. Eine neurologische Erkrankung im engeren Sinn mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. 4.21.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. Z.____ diagnostiziert eine unvollständig remittierte depressive Störung (ICD-10: F32.8) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43 [IV-Nr. 85.1 S. 31 f.]). Zu den Befunden hält der Psychiater fest, der Versicherte sei im Gespräch kooperativ und offen, wirke belastet, die Untersuchung strenge ihn an, ein erhöhtes Schmerzniveau sei im Verhalten, in Mimik und Gestik ablesbar. Im psychopathologischen Befund fänden sich weder eine Bewusstseinsstörung noch eine Orientierungsstörung. Die Auffassung sei nicht verändert, die Konzentration sei teilweise leicht eingeschränkt, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien nach klinischem Eindruck nicht beeinträchtigt. Das formale Denken sei teilweise leicht gehemmt, teilweise leicht eingeengt, es bestünden Hinweise auf Grübeln, jedoch keine Hinweise auf Ängste, Zwangsgedanken oder Wahnerleben. Keine Hinweise auf Sinnestäuschungen, auf Ich-Störungen oder auf sonstige psychotische Symptome. Affektiv teilweise ratlos, ausgeprägte Störung der Vitalgefühle, teilweise deprimiert. Teilweise leicht ängstlich, leicht gereizt, innerlich unruhig. Klagsam, Insuffizienzgefühle, keine Affektlabilität. Nicht antriebsarm, nicht antriebsgesteigert, motorisch leicht unruhig. Keine circadianen Besonderheiten. Hinweise auf Schlafstörungen. Angabe von Tagesmüdigkeit. Verminderte Sexualität. Es bestünden Hinweise auf sozialen Rückzug und auf erhöhte Aggressivität. Es seien keine selbstschädigenden Verhaltensweisen feststellbar, keine Suizidalität. Nach klinischem Eindruck normintelligent und in der Persönlichkeit differenziert. In seiner Beurteilung führt der psychiatrische Gutachter aus, es sei wiederholt die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung gestellt worden, unter anderem von der behandelnden Psychologin und im psychosomatischen Konsil der Q.____ 2015. Aktuell sei die Diagnose nicht mehr zu stellen, der Beschwerdeführer sei lebhaft, temperamentvoll, es stünden nicht Einbußen von Stimmung, Antrieb und Interessen, sondern Druck, Schlafstörung, Aggressivität und Unruhe im Vordergrund. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung finde sich in der Aktenlage immer wieder. Die Diagnose sei zu bestätigen, weil ein Trauma vorliege, und die dazugehörige typische Symptomatik, auch durch Provokation in der Untersuchung, zu objektivieren. Vegetative Erregbarkeit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst, Depressivität und Aggressivität seien assoziierte Merkmale. Die klinische Relevanz sei erst nach dem Arbeitsunfall mit Arbeitsplatzverlust, ungünstigem Heilungsverlauf, gescheiterter Reintegration entstanden, die genannten Ereignisse seien als Auslöser plausibel. Die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung könne nicht gestellt werden, weil diese Belastungen 20 Jahre oder mehr vor der Symptomatik stattgefunden hätten und der Beschwerdeführer Kompensationsvermögen bewiesen habe. Einflüsse der posttraumatischen Belastungsstörung auf Schmerzerleben, Schmerzausdruck und Verhalten seien anzunehmen und könnten allfällige Diskrepanzen zwischen Befunden und Beschwerden erklären. Derzeit sei eine erhebliche psychosoziale Restriktion und Desintegration infolge der Störung zu erkennen. Grundsätzlich sei der Beschwerdeführer interessiert und motiviert für eine Verbesserung seines Zustandes und würde weitere Therapien in Anspruch nehmen. Die Störung sei unzureichend behandelt, ein

Antidepressivum wäre indiziert, Schlafregulierung wäre erforderlich ohne Benzodiazepine, Soziotherapie könne helfen, insofern liege kein chronischer, therapierefraktärer Verlauf vor. Die Ressourcen des Beschwerdeführers seien beschränkt (ungünstiges Alter, unbefriedigende Integration, keine Ausbildung, körperliche und psychische Krankheit), andererseits bestehe eine noch stabile Partnerschaft und der Beschwerdeführer wäre von seiner Einstellung her in der Lage, bei einer Reintegration mitzuarbeiten. Zumindest alleine bezogen auf die posttraumatische Belastungsstörung sei eine Verbesserung möglich. Die bisherige Tätigkeit sei allein aufgrund der körperlichen Einschränkungen nicht mehr möglich, psychiatrisch gebe es dabei keine Limitation. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer über lange Zeit eingeschränkt, mindestens in einem Ausmass von 50 %, auch wenn die Therapie noch zu optimieren sei. An medizinischen Massnahmen werde empfohlen, die stattfindende Behandlung durch entscheidende Komponenten, nämlich Pharmakotherapie, zur Besserung der posttraumatischen Symptomatik, von Schlaf und Aggressivität zu ergänzen. Eine Benzodiazepin-Abhängigkeit müsse vermieden werden, eine fachärztliche Betreuung werde empfohlen. 4.21.4 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wird festgehalten, es sei keine bewusste Aggravation respektive Simulation festzustellen gewesen, Verdeutlichungstendenzen im Begutachtungskontext seien zu erwarten gewesen, die Diskrepanzen zwischen somatischen Befunden und Schmerzerleben, Schmerzausdruck und subjektiver Einschränkung seien störungsimmanent (IV-Nr. 85.1 S. 35). Es seien folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen: 1. Posttraumatische Belastungsstörung, chronifiziert (ICD-10: F43.1) 2. Unvollständig remittierte depressive Episode (ICD-10: F32.8) 3. Gonarthrose beiderseits bei Status nach Umstellungsosteotomie 04/2014, Revisionsosteotomie 03/2015 links und mit Meniskopathien beiderseits (ICD-10: M17.5, M17.0) 4. Degenerative LWS-Veränderungen in den Segmenten L3-S1, einschliesslich Facettengelenksarthrosen, radiologisch Baastrup-Syndrom, nachgewiesene Bandscheibenherniation L5/S1 ohne radikuläre Beteiligung 5. Chronische Rückenschmerzen und Kniegelenksschmerzen beidseits mit/bei muskulärer Dysbalance des unteren Rumpfes, mit funktionellen Gangstörungen, psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) Die Experten erachteten eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Strassenbauer seit April 2014 als nicht mehr gegeben (IV-Nr. 85.1 S. 39). Eine der körperlichen Belastbarkeit angepasste Tätigkeit (Heben und Tragen maximal bis 15 kg, keine knienden, kauernenden, vorgebeugten Tätigkeiten, keine Tätigkeiten mit häufigem oder anhaltendem Gehen, Steigen, ausschliesslich Stehen) sei theoretisch zu maximal 50 % zumutbar, ebenso theoretisch seien Wiedereingliederungsmassnahmen in einem solchen zeitlichen Umfang zumutbar. Realistisch werde dies nur mit therapeutischer Unterstützung respektive mit dem Ausbau der psychiatrischen-psychotherapeutischen und schmerzmedizinischen Behandlung möglich sein. Die qualitativen Einschränkungen gälten seit April 2014, die psychiatrisch begründeten Einschränkungen seit Antragsstellung im August 2014. 4.22 4.22.1 In der Folge kam es zum stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Privatklinik L.____ (vgl. E. I. 4 hiervor). Die IV-Stelle beauftragte den Gutachter Dr. med. Z.____ von der Begutachtungsstelle M.____ mit einer Verlaufsbeurteilung (vgl. IV-Nr. 114 f.). Die Expertise datiert vom 21. Oktober 2018 (IV-Nr. 137). 4.22.2 Der Beschwerdeführer berichtete dem psychiatrischen Gutachter, Dr. med. Z.____, zum Verlauf, dass alles mit dem Unfall 2012 entstanden sei (IV-Nr. 137 S. 18). 2012 oder 2013 habe er erstmals via SUVA Kontakt mit einer Psychologin oder mit einem Psychiater gehabt. Er glaube, das sei in Q.____ gewesen. Ab 2013 sei er in psychologischer

Behandlung. Auf die Frage, ob er jemals zuvor schon in psychologischer Behandlung gewesen sei, heisse es mit lauter fester Stimme «Ich habe gearbeitet, ich hatte kaum Zeit für einen richtigen Arzt, wie hätte ich da Zeit für einen Psychologen haben können?». Darauf angesprochen, dass er im Bosnienkrieg verhaftet worden sei, berichtete der Beschwerdeführer, dass er 1991 für gesamthaft 18 Monate an verschiedenen Orten in Haft gewesen sei, davon auch noch Träume habe. Das mache ihn heute noch nervös. Albträume quälten ihn zwei bis drei Mal im Monat. Zu den Diagnosen hielt der psychiatrische Gutachter fest, es sei vom Vorliegen einer unvollständig remittierten depressiven Episode auszugehen, schwankender Verlauf (IV-Nr. 137 S. 39). Diese sei im Februar 2017 als unvollständig remittiert beschrieben worden, jetzt eher als mittel- bis leichtgradig. Bei Eintritt in die Klinik L. ___ im Oktober 2017 sei die depressive Symptomatik als schwergradig und im Jahr 2015 sowohl durch die Klinik Q. ___ als auch durch die Psychologin M. sc. I. ___ als mittelgradig beschrieben worden. Darüber hinaus sei das Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung klar zu erkennen, bzw. das Bild einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), differenzialdiagnostisch zu fassen auch als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), wobei letztere Codierung einen Hinweis geben könne auf das «Late Onset»-Phänomen sowie den Verlauf mit Chronifizierungstendenz. Andererseits sei darauf zu verweisen, dass erst im Jahre 2017 eine der Störung angemessene spezifische stationäre Behandlung durchgeführt worden sei. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, bis auf weiteres bestehe sowohl in der bisherigen als auch in anderen Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dies gelte spätestens ab dem Eintritt in die Klinik L. ___, wahrscheinlich aber bereits drei Monate zuvor, also ab 1. Juli 2017. Für den Zeitraum ab Antragstellung bis einschliesslich erste Jahreshälfte 2017 sei von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von etwa 50 % auszugehen, wie anlässlich der Begutachtung vom Februar 2017 festgehalten worden sei. 4.23 Gestützt auf das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 21. Oktober 2018 sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer ab 1. März 2015 eine halbe und ab 1. Juli 2017 eine ganze Rente zu (IV-Nrn. 147 S. 2 und 149).

E. 5

5.1 Das Versicherungsgericht holt zur Beurteilung der Streitfrage, ob zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden am Rücken und am rechten Knie ein Kausalzusammenhang besteht, bei der Begutachtungsstelle O. ___ ein monodisziplinäres orthopädisches Gutachten ein. Dieses datiert vom 27. Januar 2020 und basiert auf der Untersuchung vom 20. November 2019 durch den Orthopäden Dr. med. N. ___ (A.S. 134 ff.). 5.2 Der Gutachter führt aus, im Rahmen der orthopädischen Untersuchung (A.S. 173 ff.) habe der Beschwerdeführer eine erhebliche Überbetonung seiner Beschwerden mit teils Blockadehaltung gezeigt, die eine objektive Beurteilung erheblich erschwert habe (A.S. 179 f.). Bei entsprechender Rücksichtnahme auch im Gespräch habe aber ein wesentliches besseres Funktionsausmass festgestellt werden können. Es habe sich ein relativ reizfreies Kniegelenk beiderseits ohne Schwellung gezeigt. Die Bandführung sei beiderseits stabil. Insgesamt sei eine Druckempfindlichkeit feststellbar gewesen, aber es zeigten sich keine typischen Meniskuszeichen und die Operationsnarbe sei reizlos. Bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe der Beschwerdeführer eine deutliche Blockadehaltung gezeigt. Bei entspannter Lage und manueller Untersuchung sei ein wesentlich besseres Gelenkspiel palpabel gewesen, das Hinweise gebe auf ein wesentlich besseres Funktionsausmass als der Beschwerdeführer subjektiv demonstriere. Dies zeige sich auch bei den früheren

durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Dieser habe auch nach mehrmaligem Nachfragen in der Anamneseerhebung angegeben, dass er vor 2012 noch nie wegen erheblicher orthopädischer Probleme behandelt worden sei. Er sei auch deswegen nie arbeitsunfähig geschrieben worden. Anhand der Akten habe aber dem Hinweis nachgegangen werden können, dass der Beschwerdeführer eine frühere Verletzung im rechten Sprunggelenk erlitten haben müsse. Auf Nachfrage in der Klinik und Anforderung der vorhandenen Befunde habe sich gezeigt, dass sich der Beschwerdeführer bereits am 3. Dezember 1998 eine erhebliche Zerrung mit fibulotalarer Bandläsion rechts zugezogen habe. Es habe eine mehrwöchige Behandlungskonsequenz mit Schienenversorgung, Stockentlastung und Analgetika durchgeführt werden müssen. Es sei auch eine kurze Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Allerdings habe sich anscheinend keine wesentliche Linderung eingestellt, so dass sich der Beschwerdeführer am 21. Oktober 1999 noch einmal wegen Beschwerden im Sprunggelenk, aber auch in der Lendenwirbelsäule in der Klinik vorgestellt habe. Es habe aber eine ossäre Läsion ausgeschlossen werden können. Wegen der Wirbelsäulenbeschwerden sei damals eine Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule angefertigt worden. Diese habe keinen Hinweis für eine ossäre Läsion ergeben. Eine weitere Beschreibung könne nicht mehr eruiert werden. Damit bestünden entgegen den Angaben des Beschwerdeführers Hinweise, dass er bereits zu einem früheren Zeitpunkt unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten habe und dies auch radiologisch habe untersuchen lassen. Als der Beschwerdeführer mit diesen Befunden konfrontiert worden sei, habe er zunächst mit einer Antwort gezögert und habe dann angegeben, das sei alles eine Lappalie gewesen. Der Beschwerdeführer zeige eine deutliche O-Bein-Fehlstellung. 5.3 Dr. med. N.____ nahm gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten sowie den Untersuchungsbefunden folgende Beurteilung vor (A.S. 179 f.): Es sei bekannt, dass statisch relevante Fehlstellungen vor allem bei Tätigkeiten, welche die Beine schwer belasten, wie z.B. Bauberufe, zur zunehmenden Arthrose und Folgeschäden führen könnten. Das Unfallereignis habe ein solches Kniegelenk getroffen. Der Beschwerdeführer sei lange Zeit in einem solchen Beruf tätig gewesen, so dass bereits prädisponierende Faktoren bestanden hätten und das Unfallereignis bereits Vorschäden erheblich verstärkt habe. Die Achsenfehlstellung sowie beginnende Belastungsschäden blieben sehr lange stumm und sehr häufig würden sie durch ein von aussen kommendes Ereignis reaktiviert mit nachfolgenden Behandlungskonsequenzen. Dies zeige sich auch in diesem Fall. Des Weiteren bildeten aber auch beim Beschwerdeführer metabolische Faktoren wie Übergewicht und insulinpflichtiger Diabetes mellitus eine zusätzlich verstärkende Komponente, wobei auch die Entstehung eines Infektes begünstigt werden könne. Durch die antibiotische Behandlung habe der Infekt erfolgreich behandelt werden und nach guter knöcherner Konsolidierung die Metallentfernung durchgeführt werden können. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer diskrepante Befunde gezeigt. In der orthopädischen Klinik (F.____, Bericht vom 19. Mai 2015 [Suva-Nr. 131]) habe sich ein relativ guter Befund mit weitgehend freier Beweglichkeit gezeigt, das Bein sei belastbar geworden und es sei sogar empfohlen worden, die Gehstützen komplett wegzulassen. Zum gleichen Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer in der Rehabilitationsklinik (Q.____, Bericht vom 1. Juli 2015 [Suva-Nr. 142; E. II. 4.4 hiervor]) erhebliche Beschwerden angegeben mit eingeschränkter Belastbarkeit und Funktionseinschränkung. Hier ergäben sich Diskrepanzen, die von orthopädischer Seite nicht nachvollziehbar seien. Der Beschwerdeführer habe entgegen seinen Angaben bereits früher unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten. Dass die

Funktionsbeschwerden erst jetzt als Folge des Unfalls aufgetreten sein sollten, könne deshalb nicht nachvollzogen werden. In der Literatur werde beschrieben, dass ab dem 20. Lebensjahr der Alterungsprozess der Bandscheiben beginne. Dieser verlaufe in der Regel unbemerkt. Selbst Bandscheibenvorfälle aufgrund der Alterung könnten klinisch stumm bleiben. Kernspintomografische Untersuchungen der Lendenwirbelsäule ergäben in 35 % der Fälle Bandscheibenvorfälle bei beschwerdefreien Probanden im Alter von 20 - 39 Jahren, so dass es nicht aussergewöhnlich sei, dass beim Beschwerdeführer die degenerativen Veränderungen bisher unbemerkt geblieben seien. Als Unfallfolge erschienen Bandscheibenvorfälle stets mit begleitenden knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment. Nach Schätzungen hätten 60 - 80 % der deutschen Bevölkerung mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen. Etwa 40 % klagten über häufige oder dauerhafte Beschwerden. Die meisten Probleme träten im Bereich der Lendenwirbelsäule auf (62 %). Der Beschwerdeführer habe eine die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeit gehabt, die zum grossen Teil auch in Fehl-/Zwangshaltung durchgeführt werden müssen. Dies sei als prädisponierender Faktor anzusehen bei zusätzlich anlagebedingten mässig aufgetretenen Veränderungen, wie dies auch hier beim Beschwerdeführer der Fall sei. Auch in der Beurteilung von Dr. med. H. ___ vom 31. März 2016 (vgl. E. II. 4.12 hiervor) sei ausführlich dargelegt worden, dass die geklagten Wirbelsäulenbeschwerden aufgrund ausschliesslich degenerativer Veränderungen entstanden seien. Ein unfallkausaler Zusammenhang zu den Kniegelenksbeschwerden links werde nicht hergestellt. Es lägen auch keine Literaturstellen vor, die diese Beschwerden durch Fehlbelastung des linken Kniegelenks erklärten. Auch seien genügend Veränderungen sowie prädisponierende Faktoren vorhanden, die das Auftreten dieser Beschwerden begünstigen könnten. Des Weiteren könne kein Unfallereignis anamnestisch erfragt werden. Auch zum Zeitpunkt des Unfallereignisses am 5. Oktober 2012 werde über keine Verletzung der Wirbelsäule berichtet und auch keine Wirbelsäulenbeschwerden angegeben. Erst bei der Untersuchung am 7. Juli 2015 (fast drei Jahre nach dem Unfallereignis) habe Dr. med. G. ___ von Rückenbeschwerden berichtet. Ein Unfallzusammenhang könne anhand der Anamneseerhebung und der Befunde nicht hergestellt werden. Die gleichen prädisponierenden Faktoren, O-Bein-Fehlstellung, körperlich schwere Arbeit in kniender, hockender Tätigkeit sowie in einer Fehlhaltung träfen auch für das rechte Kniegelenk zu. Der Beschwerdeführer habe diese Beschwerden des rechten Kniegelenkes erst nach dem zweiten operativen Eingriff beschrieben. Ausser einer leichten Prellung, die ohne Folgen geblieben sei, seien zuvor keine Beschwerden nach seinen Angaben festgehalten. Erst ca. drei Jahre nach dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 werde über zunehmende Kniegelenksbeschwerden geklagt, die ebenfalls degenerative Veränderungen, speziell medial-bedingt aufgrund der O-Bein-Fehlstellung, nachweisen liessen. Es zeigten sich somit genügend anlagebedingte degenerative Veränderungen mit einer Fehlstellung der Beinachse, die auch im rechten Kniegelenk nicht als Unfallfolge angesehen werden könne. Es sei möglich, dass bei starken Krafteinwirkungen auch Zerreissungen sowie Schäden am Knorpel und den Menisken auftreten könnten. Eine solche Verletzung liege am rechten Kniegelenk aber nicht vor. Mit zunehmendem Lebensalter erfahre die Beschaffenheit des Meniskusgewebes Veränderungen, die bei zeitgerechter Entwicklung nicht als krankheitswertig aufzufassen seien. Etwa ab dem 20. Lebensjahr beginne eine Verarmung der Chondrozyten, einhergehend mit fokalen, kleinstteiligen Fissuren und inhomogener Färbung der Matrix. Diese Veränderungen zeigten eine zunehmende Ausprägung. Als krankheitsrelevant gälten jedoch nur die instabilen Meniskusläsionen (Schweregrad III), die

gelenkmechanisch relevant seien. Selbst ein kompletter, aber stabiler Längsriss, ein radiärer Riss mit weniger als ein Drittel der Meniskusbreite oder auch ein nicht dislozierter Lappenriss im Hinterhornbereich lägen in aller Regel asymptomatisch vor und bedürften auch keiner operativen Behandlung. Meniskusschäden seien somit nur in Begleitung nachweisbarer Kapselbandschäden bei traumatischer Verletzung zu erwarten. Dies zeige sich auch darin, dass von orthopädischer Seite trotz der Veränderungen auch des Meniskus nur eine konservative Behandlung empfohlen worden sei und kein operativer Eingriff. Auch der jetzige klinische Befund zeige eine gute Kompensation der degenerativen Veränderungen und der Meniskusveränderungen im rechten Kniegelenk. Auch hier könne kein Zusammenhang der Veränderungen des rechten Kniegelenkes mit den Unfallfolgen vom 5. Oktober 2012 hergestellt werden.

5.4 Der Gutachter weist darauf hin, dass erhebliche Inkonsistenzen objektivierbar seien, welche zumindest starke Zweifel am Ausmass der geltend gemachten Auswirkungen der Gesundheitsstörungen begründeten (A.S. 181). So sei entgegen den ärztlichen Anweisungen und der angegebenen regelmässigen Medikamenteneinnahme – ausser dem Antibiotikum – derzeit keines der angegebenen Schmerzmittel (Celecoxib) und auch keines der verordneten Psychopharmaka (Antidepressivum Duloxetin, Antipsychotikum Risperidon) im Blut des Beschwerdeführers nachweisbar (vgl. A.S. 176). Diese Befunde stünden im Widerspruch zu den (bewussten) anamnestischen Angaben zur Medikamenteneinnahme. Da aber durchgängig alle untersuchten Medikamente (ausser dem Antibiotikum) nicht detektierbar gewesen seien, aber auch, soweit bestimmbar, keine Metaboliten zu den Medikamenten nachweisbar gewesen seien oder die Medikamente keine genügend lange biologische Halbwertszeit besäßen (betreffe insbesondere das Analgeticum), so dass diese hätten detektiert werden müssen, könne auch nicht von einer versehentlichen Fehleinnahme oder Vergessen der Medikamenteneinnahme ausgegangen werden. Diese somit auffallend geringe Inanspruchnahme der Schmerzbehandlung als auch die psychiatrische Therapie stünden somit in erheblichem Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer subjektiv angegebenen dauerhaft so hohen Beeinträchtigungen durch Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen.

5.5 Zur Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf äussert sich Dr. med. N.____ wie folgt (A.S. 192 ff.): Aufgrund des Unfalls vom 5. Oktober 2012 habe eine ca. vierwöchige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach habe der Beschwerdeführer die Arbeit wieder aufgenommen, sogar in der angestammten Tätigkeit. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei erst im April 2014 durchgängig eingetreten, infolge der primär degenerativen Kniegelenkserkrankungen, welche nur linksseitig durch den Unfall 2012 teilweise als unfallkausal verstärkt zu bewerten seien. Der weitere Verlauf sei aber auch gekennzeichnet von operativen Massnahmen (Umstellungsosteotomie am 24. April 2014, nachfolgend septische Pseudoarthrose, nachfolgend Revisionsosteotomie am 30. März 2015, stationäre Rehabilitation in der Klinik Q.____ [Bericht vom Juli 2015], zuletzt auch Metallentfernung am 13. April 2016). Letztlich sei aufgrund dieser Kniegelenkpathologien eine weitere Tätigkeit in der angestammten, körperlich schweren Arbeit nicht möglich. Es sei somit ab April 2014 durchgängig und dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, was auch aktenkundig unstrittig sei. Jedoch sei auch dieser Sachverhalt nur teilweise durch den Unfall von 2012 begründet. Es seien hier eben auch erhebliche degenerative Vorzustände und somatische Belastungsfaktoren (insbesondere Beinachsenfehlstellung) von hoher Bedeutung. Der Beschwerdeverlauf sei aber auch gekennzeichnet von dysfunktionalem Verhaltensmustern und durch erhebliche Inkonsistenzen geprägt, welche auch in der Vergangenheit bereits überwiegend

wahrscheinlich die medizinische und versicherungsmedizinische Bewertung sehr erschwert haben dürften. Der Beschwerdeführer sehe sich nach aktuellen Angaben zu keiner Arbeit in der Lage. Letztlich sei aber rückblickend das Ausmass der von ihm beschriebenen und gezeigten Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar. Es dürfe zumindest davon ausgegangen werden, dass nach Abklingen der postoperativ nach Revisionsosteotomie (F. ___ vom 30. März 2015 [Suva-Nr. 117; E. I. 1.3 hiervor]) aufgetretenen lokalen Infektion unter Antibiotikagabe eine Besserung eingetreten sei. Am 20. April 2015 seien gemäss der F. ___ anlässlich der damaligen Kontrolle auch die Entzündungsparameter nun im Normbereich gewesen. Im Austrittsbefund der Q. ___ (Bericht vom 01.07.2015 [Suva-Nr. 142]) seien zum Untersuchungszeitpunkt morgens keine Schwellung, kein Kniegelenkserguss beschrieben worden, nur eine leichte Einschränkung der aktiven Kniegelenkbeweglichkeit mit Ext/Flex 0/0/100°, somit habe sich die Beweglichkeit im linken Knie auch objektiv verbessert. Zwar habe eine belastungsabhängige Schwellung des Kniegelenkes objektiviert werden können, es hätten sich aber zu keiner Zeit klinische Zeichen einer lokalen Entzündung gezeigt. Mindestens aus orthopädischer Sicht wäre rückblickend mit Abklingen der Entzündung (Kontrolluntersuchung F. ___ vom April 2015 [Suva-Nr. 128]; Q. ___ Bericht vom Juli 2015 [Suva-Nr. 142]), allfällig noch einer Restitutionszeit von ca. einem halben Jahr nach der zuletzt erfolgten Revisionsosteotomie von 30. März 2015, mithin also ab ca. Anfang Dezember 2015 von der aktuellen Bewertung der leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen, welche er mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bewerte (mit ganztägiger Präsenz bei vermehrter Gewährung von Entspannungs- und Ruhepausen, wobei 20 % immerhin ein zusätzliches Pausenkontingent von knapp 1¼ Stunden, zusätzlich zu den regulären Pausen, bedeute, was hinreichend sein sollte zur Kompensation zeitweiliger Reizzustände). Das Zumutbarkeitsprofil umschreibt der orthopädische Gutachter folgendermassen (A.S. 182): Anhand des rein orthopädischen Befundes zeigten sich genügend Ressourcen, eine vorwiegend sitzende Tätigkeit auszuüben mit Belastung bis zu 10 kg. Im Rahmen dieser ganztägigen Tätigkeit sollten dem Beschwerdeführer aber genügend Spielräume angeboten werden zur Lockerung der Muskulatur sowie zur Entspannung. Vermieden werden sollten das Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 10 kg, rezidivierende Fehlhaltungen, Zwangshaltungen, sowie kniende und kauernde Tätigkeiten und solche auf Leitern und Gerüsten. Vor allem das Treppensteigen sollte unterlassen werden, des Weiteren ruckartige Bewegungen und Vibrationen. Der Beschwerdeführer sollte keiner Kälte- und Nässeexposition ausgesetzt werden. Es sollte ihm ein ergonomischer Arbeitsplatz angeboten werden. Der Beschwerdeführer zeige ein erhebliches Vermeidungsverhalten. Er limitiere sich selbst. Anhand der orthopädischen Untersuchung hätten sich aber genügend Ressourcen gezeigt. Bei entsprechendem Muskelaufbau könnten auch eine weitere Verbesserung der Rumpfmuskulatur und der Muskulatur der Beine erreicht und damit auch eine bessere Belastbarkeit und Mobilität erzielt werden. Aus diesem Grund sollte dem Beschwerdeführer ein regelmässiges physiotherapeutisches Programm unter Anleitung angeboten werden. Er sollte angehalten werden, dies auch Zuhause nachzuvollziehen. Gegebenenfalls könne eine Wassertherapie hinzugefügt werden. Er sollte eine weiche Fussbettung erhalten zur Dämpfung, ggf. auch technische Versorgung zum Ausgleich der Beinachsenfehlstellung. Innerhalb des Zimmers sei er in der Lage, auch ohne Rollator zu gehen. Anhand des rein orthopädischen Befundes dürfte der Beschwerdeführer bei entsprechender Mitarbeit und muskulärem Aufbau auch von der Benutzung eines Rollators weitgehend entwöhnt werden können. 5.6 Zusammenfassend hält der Gutachter fest, das Unfallereignis vom 5. Oktober

2012 habe zu einer erheblichen Kontusion des linken Beines geführt (A.S. 183). Als Folge seien Veränderungen im linken Kniegelenk radiologisch nachgewiesen worden, die in Zusammenhang mit dieser Kontusion stehen könnten und deshalb nicht ausschliessbar seien. Aus diesem Grund sei eine Kausalität der Verletzungsfolgen des linken Kniegelenkes vom 5. Oktober 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Hingegen könne ein Zusammenhang der Veränderungen des rechten Kniegelenkes als auch der Rückenbeschwerden mit den Unfallfolgen vom 5. Oktober 2012 nicht hergestellt werden.

5.7 Als unfallkausale Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Strassenbauarbeiter erachtet Dr. med. N. ___ die folgenden (A.S. 183): - Medialbetonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose links mit zum Teil symptomlosen freien Gelenkkörpern interkondylär nach einer Kontusion der linken Hüfte, des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkels bei vorbestehender 0-Bein-Fehlstellung und Überlastungsfolgen vom 5. Oktober 2012. Zustand nach Umstellungsosteotomie am 24. April 2014 und entwickelter septischer Pseudarthrose mit nachfolgender Revisionsosteotomie am 30. März 2015. Zustand nach Entfernung des Osteosynthesematerials nach kompletter knöcherner Konsolidierung der Osteotomie - Muskelminderung des linken Beines im Vergleich zu rechts bei Rechtshändigkeit - Belastungsabhängiger Reizzustand des linken Kniegelenkes mit geringer Funktionseinschränkung Als nichtunfallkausale Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. med. N. ___ die folgenden fest: - Femorotibiale Chondropathie rechts mit Dominanz medial Grad III - IV sowie femoraler Chondropathie lateral Grad I und fissuraler tibialer Chondropathie medial Grad II bei vorbestehender 0-Bein-Fehlstellung mit komplexen Riss des Innenmeniskushinterhornes und Korpus mit nachfolgenden belastungsabhängigen Reizzuständen und Funktionseinschränkungen - Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit mittelgradigen degenerativen Veränderungen mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen Der Gutachter erachtet die angestammte Tätigkeit als Strassenbauarbeiter als dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar und attestiert ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2014. In einer gut angepassten Verweistätigkeit erachtet der Experte den Beschwerdeführer anhand des rein orthopädischen Befundes als 80 % arbeitsfähig mit einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit mit ganztägigem Pensum, dies retrospektiv ebenfalls ab April 2014.

E. 6

N 92; Nabold, a.a.O., Art. 6 N 70, je mit Hinweisen). So verhält es sich hier nicht: Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Selbst wenn man davon ausgeht, der Beschwerdeführer sei, wie von ihm behauptet, durch den Schlag an das linke Knie zwei Meter weit weggeschleudert worden, wäre dies nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich zu betrachten (bejaht wurde das Kriterium etwa bei einem Motorradunfall, bei dem die versicherte Person und ihr Freund rund zehn Meter durch die Luft geschleudert wurden [Urteil des Bundesgerichts 8C_134/2015 vom 14. September 2015 E. 5.3.2]). Die erlittenen Verletzungen am linken Knie waren weder von ihrer Schwere oder Art her in besonderer Weise geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Nach den Darlegungen des Gutachters Dr. med. Z. ___ (vgl. E. II. 4.22.2 hiervoor) ist vielmehr davon auszugehen, dass nicht das Unfallereignis oder das Unfallerlebnis, sondern die dadurch bewirkte Arbeitsunfähigkeit im Sinne eines «Triggers» zum Ausbruch der psychischen Störung führte, welche ihrerseits primär auf frühere Erlebnisse zurückgeht. Der Unfall und die dabei erlittenen Verletzungen waren demnach gleichsam ein austauschbares Ereignis;

eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder ein sonstwie bewirkter Arbeitsunterbruch hätte sich, so muss man aus dem Gutachten schliessen, in vergleichbarer Weise ausgewirkt. Auch eine ärztliche Fehlbehandlung fand nicht statt. Der Beschwerdeführer war nach dem Unfallereignis für mehrere Wochen arbeitsunfähig. Im Anschluss hat der Beschwerdeführer seine Arbeit wiederaufgenommen. Gemäss orthopädischem Gutachten ist die durchgängige 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im April 2014 eingetreten, seither besteht in einer angepassten Verweistätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Damit ist auch das Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts U 479/05 vom 6. Februar 2007 E. 8.6.1). Trotz des Behandlungsunterbruchs von Ende 2012 bis Frühjahr 2014 macht der Beschwerdeführer eigentlich durchgehend Schmerzen im Knie links geltend. Die Schmerzen treten aber hauptsächlich unter Belastung auf und nicht im Ruhezustand (vgl. Gutachten S. 52 f., Antwort auf Frage 1 [A.S. 185 f.]). Zudem bestehen mit Blick auf die gutachterliche Beurteilung erhebliche Zweifel an der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzintensität; jedenfalls kann diese nur teilweise durch die organisch nachweisbaren Befunde erklärt werden. Daher ist auch das Kriterium des körperlichen Dauerschmerzes nicht als erfüllt anzusehen. Ebenso wenig kann, wenn ausschliesslich die somatisch nachweisbaren Aspekte einbezogen werden, von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 5. Oktober 2012 und dem psychischen Störungsbild ist daher zu verneinen. Für die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung sind ausschliesslich die organisch nachweisbaren Aspekte zu berücksichtigen.

E. 8

8.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. November 2016, massgebend (BGE 128 V 174; 129 V 222). Was die medizinischen Grundlagen anbelangt, ist auf das beweiskräftige orthopädischen Gerichtsgutachten von Dr. med. N. ___ abzustellen. Danach besteht in einer angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. In zeitlicher Hinsicht ist ein ganztägiges Pensum möglich; die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus der um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit. 8.2 Das Valideneinkommen von CHF 76'920.00 (inkl. Zulagen) stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Suva-Nr. 267, 280). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

E. 8.3

8.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 7. Juni 2017 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2014. Gemäss LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer auf CHF 5'312.00. Nach Hochrechnung dieses Betrags, der 40 Wochenstunden entspricht, auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie Anpassung an die Lohnentwicklung von 2014 (Indexwert 103,2; Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle 1.1.10) auf 2016 (Indexwert 104,1) resultiert ein Verdienst von CHF 5'586.00 pro Monat oder CHF 67'032.00 pro Jahr. Angepasst an die Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 53'626.00. 8.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn)

allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid einen Abzug von 15 % berücksichtigt, um den unfallbedingten Einschränkungen Rechnung zu tragen (vgl. A.S. 16). Nun macht sie geltend, falls auf die vom Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 20 % abgestellt werde, sei der Abzug angemessen herabzusetzen (Eingabe vom 18. Februar 2020, A.S. 209) respektive es rechtfertige sich kein Tabellenlohnabzug, da die unfallbedingten Einschränkungen nunmehr in der Arbeitsunfähigkeit enthalten seien (vgl. Stellungnahme vom 10. November 2020, A.S. 263). Der orthopädische Gutachter formuliert in seiner Expertise ein Tätigkeitsprofil. Danach sind dem Beschwerdeführer vorwiegend sitzende, leichte Arbeiten mit Gewichtsbelastungen bis 10 kg in rügensschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen an einem ergonomischen Arbeitsplatz zumutbar. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg in Zwangshaltungen; das Besteigen von Treppen oder Leitern sowie repetitives Treppensteigen; kniende, kauernde oder bückende Tätigkeiten; ruckartige Bewegungen, Vibrationen und Rotation (Gutachten S. 58, A.S. 191). Diese Einschränkungen sind nicht derart umfassend, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Der verminderten Leistungsfähigkeit wird durch die Arbeitsunfähigkeit von 20 % Rechnung getragen; sie kann deshalb bei der Bemessung des Tabellenlohnabzugs nicht nochmals berücksichtigt werden. Der Beschwerdeführer verfügt über die Niederlassungsbewilligung, was unter dem Aspekt des Aufenthaltsstatus im Vergleich mit dem Totalwert ebenfalls keine Lohneinbusse erwarten lässt. Dasselbe gilt für das Lebensalter von 49 Jahren bei Rentenbeginn. Der Teilzeitaspekt entfällt, da der Beschwerdeführer laut dem Ergebnis des Gerichtsgutachtens vollzeitlich (mit einer um 20 % verminderten Arbeitsleistung) erwerbstätig sein kann. Ebenso bildet der Umstand, dass eine versicherte Person nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Da die leidensbedingte Einschränkung im engeren Sinn bereits durch die Arbeitsunfähigkeit von 20 % erfasst ist und deshalb beim Abzug nicht nochmals berücksichtigt werden darf,

besteht keine Grundlage für einen Tabellenlohnabzug. Das Invalideneinkommen entspricht somit dem aus der LSE abgeleiteten Betrag von CHF 53'626.00. 8.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 76'920.00) und Invalideneinkommen (CHF 53'626.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 30 %. Der Beschwerdeführer hat ab 1. November 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn (Erhöhung des Rentenanspruchs von 26 % auf 30 %) teilweise gutzuheissen.

9. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, die ihm zugesprochene Integritätsentschädigung von 5 % sei zu tief. Er verlangt die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung von 100 %.

9.1 9.1.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen. 9.1.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). 9.1.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1-16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter www.suva.ch). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c). 9.1.4 Gemäss Art. 36 Abs. 2 Satz 1 UVG werden die Invalidenrenten, die Integritätsentschädigung und die Hinterlassenenleistungen angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise die Folge eines Unfalles ist. Laut Satz 2 derselben Bestimmung werden dabei Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, nicht berücksichtigt. Diese Einschränkung der Kürzungsmöglichkeit gilt jedoch nur für Renten und nicht für die Integritätsentschädigung, weil sich das verwendete Kriterium der Erwerbsfähigkeit einzig auf Invalidenrenten beziehen kann (BGE 113 V 54 E. 2 S. 58 f.). 9.2 Vorab ist festzuhalten, dass die psychische Beeinträchtigung nach dem vorstehend Gesagten (E. II. 7

hiervor) in keinem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 steht. Deshalb besteht dafür von vornherein kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Dasselbe gilt für die als nicht unfallkausal anzusehenden Beschwerden am rechten Knie und am Rücken, insbesondere der Lendenwirbelsäule. Es stellt sich daher einzig die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Integritätsentschädigung für die unfallkausale Beeinträchtigung am linken Knie zu Recht auf 5 % bemessen hat.

9.3.1 Die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von 5 % stützte sich auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. K.____ vom 25. Juli 2016 (Suva-Nr. 246). Der Kreisarzt führte aus, bei einer femorotibialen Arthrose mässigen Grades bestehe Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 5 - 15 %. Vorbestehend sei ein ausgeprägter Schaden medial, der zur durchgeführten Valgisationsosteotomie geführt habe (vgl. E. I. 1.3 hiervor; Suva-Nr. 38). Für diesen Schaden würden 10 % abgezogen, so dass eine Integritätsentschädigung von 5 % verbleibe.

9.3.2 Der durch das Gericht bestellte orthopädische Gutachter Dr. med. N.____ hält in seiner Expertise fest, auch am linken Knie sei von einem degenerativen Vorschaden auszugehen; das Unfallereignis sei auf ein vorgeschädigtes linkes Knie getroffen (Gutachten Seite 58 f. [A.S. 191 f.]). Die aktuell deutlichen Veränderungen und in deren Folge die Funktionseinschränkungen seien somit nicht gänzlich dem Unfallereignis zuzuschreiben, aber auch nicht nur der degenerativen Vorschädigung. Es seien im Verlauf auch wegen der degenerativen, anfangs leichten Femoropatellararthrose operative Behandlungsmassnahmen durchgeführt worden zur Korrektur der Kniegelenkachsen, diese Beinachsenfehlstellung sei aber auch als Vorzustand zu bewerten. Zwischenzeitlich habe das Ausmass der Gonarthrose zwar zugenommen, es sei neu auch ein freier (derzeit nicht symptomatischer) Gelenkkörper feststellbar. Grundlage für die Integritätsentschädigungsbewertung sei die Suva-Tabelle 5.2, welche bei mässiger Femorotibialarthrose einen Integritätsentschädigungsgrad von 5 bis 15 % vorsehe, bei schweren Arthrosen 15 bis 30 %. Er erachte den Anteil unfallfremder Faktoren bei ca. 2/3 zu 1/3 unfallkausaler Anteile. Es sei von einem Schweregrad mässig bis schwergradig, also im Schnittpunkt 15 %, auszugehen. Die Bewertung der Beschwerdegegnerin mit einem Integritätsschaden von 5 % wäre damit, so der Gutachter weiter, «zulasten der unfallkausalen Ursachen unzutreffend» (Gutachten S. 59 oben).

9.4 Der Gerichtsgutachter geht also, insoweit übereinstimmend mit dem Kreisarzt Dr. med. K.____, davon aus, die Beeinträchtigungen am linken Knie entsprächen einer Femorotibial-Arthrose gemäss Tabelle 5, Ziffer 5.2, und ergäben gesamthaft eine Integritätsentschädigung von 15 %, wobei die unfallfremden Anteile 10 % oder zwei Drittel ausmachten. Dies führt rechnerisch zu einer Integritätsentschädigung von 5 %. Die Überlegungen des Gutachters (Integritätsentschädigung gemäss Tabelle 5.2 von 15 %, davon 1/3 unfallkausaler Anteil) führen somit genau zum Ergebnis gemäss Einspracheentscheid, nämlich 5 %. Es ist davon auszugehen, dass es sich beim letzten zitierten Wort («unzutreffend») um einen Verschieb handelt und stattdessen «zutreffend» stehen sollte, denn es ist nicht erkennbar, wie man auf der Basis der gutachterlichen Ausführungen zu einem anderen Resultat gelangen könnte.

9.5 Inhaltlich sind die zitierten Ausführungen von Dr. med. N.____ nachvollziehbar und überzeugend. Die Tabelle 5, Ziffer 5.2 «Integritätsschaden bei Arthrosen» in der Fassung gemäss der Revision von 2011 sieht bei einer Femorotibial-Arthrose eine Integritätsentschädigung von 5 - 15 % vor, wenn die Arthrose als mässig einzustufen ist, und eine solche von 15 - 30 %, wenn die Arthrose als schwer zu gelten hat. Wenn der Gutachter wie bereits zuvor der Kreisarzt Dr. med. K.____ zum Ergebnis gelangt, die beim Beschwerdeführer gegebene Beeinträchtigung entspreche einer Schädigung an der Grenze

zwischen mässiger und schwerer Arthrose, besteht kein Anlass, davon abzuweichen. Dasselbe gilt für die – ebenfalls mit dem Kreisarzt übereinstimmende – Gewichtung der unfallfremden Anteile mit 2/3. Wie erwähnt, ist bei der Integritätsentschädigung, anders als bei der Invalidenrente, eine Kürzung wegen unfallfremder Anteile zulässig, da sich Art. 36 Abs. 2 Satz 2 UVG nicht auf diese Leistungsart bezieht (vgl. E. II. 9.1.4 hiervor). Damit ergibt sich eine Integritätsentschädigung von 5 %, wie sie dem Beschwerdeführer mit dem angefochtenen Einspracheentscheid zugesprochen wurde. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

E. 10

September 2019 (A.S. 122 ff.), 29. Oktober 2019 (A.S. 130 f.),

E. 15

Mai 2020 (A.S. 220 ff.), 12. Juni 2020 (A.S. 231), 16. September 2020 (A.S. 249 f.) sowie 18. November 2020 (A.S. 264 ff.) zukommen. Hinzu kamen insbesondere das Studium des Gerichtsgutachtens sowie die Teilnahme an der Verhandlung vom 13. August 2020 mit Vorbereitung, Hin- und Rückfahrt. Es lässt sich aber nicht übersehen, dass der deutlich überwiegende Teil des Aufwands auf die Aspekte entfiel, welche keinen Zusammenhang mit der teilweisen Gutheissung hatten (insbesondere die psychische Symptomatik, die Unfallkausalität der Beeinträchtigungen am rechten Knie und der Lendenwirbelsäule sowie die Integritätsentschädigung). Das weitergehende Rechtsbegehren hat somit den Aufwand erheblich erhöht. Ein gewisser, nicht ganz geringer Aufwand wäre aber auch ohne das weitergehende Rechtsbegehren angefallen. Unter Berücksichtigung sämtlicher Gesichtspunkte erscheint es als angemessen, einen Aufwand von 17 Stunden (bei einem Stundenansatz von CHF 230.00) und Auslagen von CHF 300.00 zu entschädigen. Mit der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 4'534.00. 10.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn ein Zusammenhang zwischen einem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht. Dies ist namentlich der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat sowie wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6 S. 75 ff. mit Hinweisen; BGE 143 V 269 E. 3.3 S. 273 f. und E. 6.2 S. 279 f.). Dies trifft hier zu: Eine zentrale Frage betraf die Unfallkausalität der Beschwerden am rechten Knie und am Rücken, insbesondere der Lendenwirbelsäule. Behandelnde Ärzte gingen davon aus, es bestehe ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der unfallbedingten Schädigung am linken Knie, der daraus resultierenden Fehlhaltung und -belastung und den in der Folge aufgetretenen Befunden an der Gegenextremität und am Rücken. Die Kreisärzte Dr. med. H.____ und Dr. med. K.____ verneinten diese Möglichkeit und erklärten, es gebe keine medizinische Evidenz für einen solchen Zusammenhang, ohne dies aber näher – etwa unter Bezugnahme auf konkrete medizinische Lehrmeinungen – zu konkretisieren. Dagegen hielt der von der IV-Stelle beauftragte rheumatologische Teilgutachter Dr. med. AA.____ fest, es sei möglich, dass die Störung im linken Kniegelenk die Veränderungen im unteren Achsenskelett ungünstig beeinflusst habe (vgl. E. II. 4.21.1 hiervor). Dem Gericht ist auch aus anderen Verfahren bekannt, dass zahlreiche Ärzte die Annahme eines solchen

Kausalzusammenhangs als durchaus möglich ansehen. Daher liess es sich nicht umgehen, diese Frage durch ein Gerichtsgutachten zu klären. Dessen Kosten von CHF 7'393.15 und diejenigen der ergänzenden Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 von CHF 728.05, total CHF 8'121.20, sind daher der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 10.4 In Beschwerdeverfahren betreffend die obligatorische Unfallversicherung sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

E. 17

Juni 2014 wurde die Diagnose einer Varusgonarthrose sowie eines Knorpelschadens Trochlea femoris Kniegelenk links gestellt. Der Röntgenbefund des linken Knies vom 3. April 2014 habe eine vollschichtige Knorpelschädigung über dem medialen Kompartiment in der Hauptbelastungszone sowie eine leichtgradige Degeneration des medialen Meniskus ergeben. Weiter wurde von einer mässigen Chondropathie retropatellär, einem vollschichtigen Knorpelschaden in der Trochlea femoris lateral mit deutlichem subchondralem Ödem und Zystenbildung im Sinne einer osteochondralen Läsion sowie einer grossen Bakerzyste loco typico berichtet. Als mögliche Therapieoption biete sich die Durchführung einer valgisierenden Tibiakopf-Umstellungsosteotomie in Kombination mit einem knorpelrekonstruktiven Verfahren (Suva-Nr. 32 S. 2 f.).

4.2.2 Dem Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 28. Juni 2014 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 24. Juni 2014 einer Operation unterzogen hat. Der peri- sowie der postoperative Verlauf hätten sich komplikationslos gestaltet. Bei reizlosen und trockenen Wundverhältnissen sei der Beschwerdeführer sicher an Unterarmgehstützen mobilisiert in das häusliche Umfeld sowie die weitere ambulante Betreuung entlassen worden (Suva-Nr. 44).

4.2.3 Dem Bericht der Klinik F.____ vom 12. Januar 2015 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Suva-Nr. 101):

St.n. Arthroskopie Kniegelenk links, medialer Teilmeniskektomie mit Mikrofrakturierung Trochlea femoris und valgisierender Tibiakopfumstellungsosteotomie (TomoFix) Dr. AB.____ 06/2013 bei

- Medialer Gonarthrose bei Varusfehlstellung sowie Knorpelschaden Trochlea und mediale Meniskusläsion Kniegelenk links

Sechs Monate postoperativ bestünden immer noch unveränderte Beschwerden, vor allem bei Mobilisation. Klinisch zeige sich das Plattenlager diskret überwärmt und massiv druckschmerzhaft. Konventionell radiologisch lasse sich eine zunehmende Sklerosierung ohne weitere ossäre Konsolidierung abgrenzen. Differentialdiagnostisch müsse von einer möglicherweise bestehenden delayed union ausgegangen werden. Zur weiteren Diagnostik werde nun eine SPECT-CT angemeldet.

Die SPECT-CT vom 13. Januar 2015 habe auf Höhe der Osteotomie lateralbetont eine Hyperämie und vermehrten Knochenumbau ergeben. Ferner bestehe eine leichte Femoropatellararthrose und mässige, leicht aktivierte mediale Gonarthrose. Sodann liege eine leichte S-förmige Skoliose der Wirbelsäule vor. Es bestehe der Verdacht auf einen femoropatellaren Knorpelschaden/osteochondrale Läsion rechts und am ehesten Überlastungsreaktion im rechten Fuss. Schliesslich habe die Untersuchung einen unspezifisch vermehrten Knochenumbau im rechten Tuberculum majus ergeben. Anhand der durchgeführten Bildgebung liessen sich die Beschwerden auf eine Pseudoarthrose im

Bereich der Umstellungsosteotomie zurückführen. Grundsätzlich sei hier eine Revision angezeigt. Die Platte zeige sich bildgebend ohne Lockerungszeichen, so dass diese gegebenenfalls intraoperativ belassen werden könne. Es sei eine Spongiosaplastik mit Eigen- und Fremdmaterial erforderlich (Suva-Nr. 103 S. 2 f.). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % bis zum 31. März 2015 (Suva-Nr. 107).

4.2.4 Laut dem Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 2. April 2015 (Suva-Nr. 120) unterzog sich der Beschwerdeführer am 30. März 2015 der in Aussicht genommenen zweiten Operation (Revisionsosteotomie mit Entfernung der Tomofixplatte, Entfernen der Pseudarthrose, Anfrischen der Pseudarthrosen/Osteotomieränder, Entnahme vom Beckenkammspan und Spongiosa monokortikal, Anlage Beckenkammspannung und Span sowie Re-Osteosynthese mittels Tomofix). Der Bericht hält fest, es liege peri- und postoperativ ein komplikationsloser Verlauf vor. Der Beschwerdeführer habe problemlos in die Physiotherapie mit 50 kg Teilbelastung mobilisiert werden können. Er sei am 2. April 2015 in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden.

4.3 Dem Bericht der Psychologin I.____ und des Psychiaters med. pract. J.____ vom 24. März 2015 sind die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) zu entnehmen. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 20. Januar 2015 in Behandlung. Zunächst sei der Beziehungsaufbau im Fokus gestanden. Der Beschwerdeführer habe Zeit gebraucht, um über sich reden zu können. Allmählich habe er sich öffnen können und über seine traumatischen Erfahrungen im bosnischen Krieg im Jahre 1991 berichtet. Auch die aktuelle Befindlichkeit nach dem Unfall und deren Auswirkungen auf sein Leben seien thematisiert worden. Insgesamt könne festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer von den Sitzungen profitiert habe. Ab April 2015 komme es zu einer Sistierung der Therapie, da die Referentin in Mutterschaftsurlaub gehe (Suva-Nr. 116).

4.4 Vom 28. Mai bis 2. Juli 2015 fand ein Aufenthalt in der Klinik Q.____ statt (Suva-Nr. 142). Dem Austrittsbericht vom 1. Juli 2015 lassen sich die folgenden Diagnosen, welche für die Beurteilung allenfalls relevant sein könnten, entnehmen (Suva-Nr. 142 S. 1 f.):

A. Unfall vom 05.10.2012: Beim Verschieben des Baukompressors Schlag durch den Deckel ans linke Knie

A1 Mediale Gonarthrose bei Varusfehlstellung sowie Knorpelschaden Trochlea und mediale Meniskusläsion Kniegelenk links

A2 Pseudarthrose linker Tibiakopf

A3 April 2015: Infekt mit Propionibacterium acnes

E. Psychiatrische Diagnosen

E1 Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

E2 RKB (06/2015):

Chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

Akzentuierte Persönlichkeitszüge, unsicher-ängstlich (ICD-10: Z73.1)

Psychosomatische Beurteilung noch nicht abgeschlossen folgt im separaten Bericht.

Im Weiteren wurde ausgeführt, knapp drei Jahre nach Anschlag eines Baukompressors an das Kniegelenk links, Entwicklung einer medialen Gonarthrose mit Meniskusläsion im Verlauf, ein Jahr nach valgusierender Tibiakopfumstellungsosteotomie und drei Monate nach Revisionsosteotomie bei Pseudarthrose und Infekt lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht gut erklären. Der Beschwerdeführer habe sehr motiviert an den Therapien teilgenommen. Diese hätten wenig Einfluss auf die Schmerzquantität und -intensität nehmen können. Eine belastungsabhängige Schwellung des Kniegelenks habe objektiviert werden können, klinische Zeichen einer lokalen Entzündung hätten sich jedoch zu keiner Zeit gezeigt. Die Antibiose sei nach telefonischer Rücksprache mit dem Operateur der Klinik F.____ am 5. Juni 2015 gestoppt worden. Zusammenfassend habe keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten nicht wesentlich gesteigert werden können. Die Beweglichkeit im linken Knie habe sich jedoch leicht verbessert (Suva-Nr. 142 S. 4). Aus psychiatrischer Sicht begründe die festgestellte psychische Störung eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Aufgrund des psychisch instabilen Zustandes sei eine Arbeitsaufnahme aktuell nicht zumutbar. Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten werde aktuell nicht festgelegt (Suva-Nr. 142 S. 3).

4.5 Dem psychosomatischen Konsilium der Klinik Q.____ vom 11. August 2015 (Suva-Nr. 155) lassen sich die Diagnosen einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) sowie von akzentuierten Persönlichkeitszügen, unsicher-ängstlich (ICD-10: Z73.1), entnehmen. Der Beschwerdeführer habe beim Unfall am 5. Oktober 2012 eine Knieverletzung erlitten. Seither leide er unter anhaltenden Schmerzen und Knie-Instabilität, weshalb er Gehstöcke benutze. Durch die Verletzung habe er viel Zeit zu Hause verbracht, so dass er sich mehr mit seiner Vergangenheit auseinandergesetzt habe und dadurch die erlebten Traumatisierungen aus dem Bosnien-Krieg reaktiviert worden seien. Nach dem Unfall seien auch die Angstzustände mit Panikattacken häufiger geworden. Zudem habe er depressive Symptome entwickelt. Der Unfall habe zur Dekompensation eines vormals «labialisierten» psychischen Gleichgewichtes geführt. Aktuell zeige der Beschwerdeführer grosse Angst vor Schmerzen und ertrage kaum körperliche Belastungen. Des Weiteren weise er unsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge auf und zeige kaum Eigeninitiative. Die psychische Störung begründe eine mindestens mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung.

4.6 Am 25. August 2015 fand eine Untersuchung im Röntgeninstitut R.____ in [...] statt. Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Radiologie, berichtet von einer leichten Facettengelenksarthrose im Segment LWK2/3, einer mässiggradigen Facettengelenksarthrose und foraminalen Bandscheibenprotrusion im Segment LWK3/4, einer Bandscheibenprotrusion und ausgeprägten Facettengelenksarthrose im Segment LWK4/5 und einer leichten Retrolisthese von LWK5 gegenüber SWK1, Osteochondrose und breitbasige dorsomediane Bandscheibenherniation mit Obliteration des oberen Anteiles des lateralen Recessus links und möglicher Kompression der Nervenwurzel S1 links im Segment LWK5/SWK 1 (Suva-Nr. 161).

4.7

4.7.1 Dr. med. G.____, Oberarzt Orthopädie Untere Extremitäten, von der Klinik F.____, führt in seinem Bericht vom 15. September 2015 aus, zum jetzigen Zeitpunkt seien ganzheitlich keine weiteren Massnahmen, auch keine rehabilitativen, indiziert. Weiterhin sei Physiotherapie zum Aufbau der Muskulatur und Eigenübungen indiziert. Des Weiteren werde zeitnah ein Computertomogramm des linken Kniegelenks zur sicheren Evaluation des Durchbauungsverhaltens erstellt und danach werde eine Wiedervorstellung des Beschwerdeführers zur Besprechung des weiteren Procedere erfolgen (Suva-Nr. 165).

4.7.2 In seinem Bericht vom 9. Oktober 2015 erklärt Dr. med. G.____, von Seiten des linken Kniegelenks liege klinisch als auch CT-tomographisch ein sehr zufriedenstellender Befund mit einem guten Durchbau der Osteotomie sieben Monate nach der Revisionsoperation bei bekanntem Proprietary bacterium vor. Grundsätzlich werde von orthopädischer Seite empfohlen, unbedingt die Muskulatur weiter aufzutrainieren und eine volle Beweglichkeit zu erlangen. Die nächste Kontrolle erfolge im Januar klinisch radiologisch und dann werde das weitere Procedere bezüglich des linken Knies festgelegt. Grundsätzlich werde dem Beschwerdeführer angeraten, die Stöcke abzutrainieren (Suva-Nr. 178).

4.8 Der Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, gelangt in seiner Beurteilung vom 23. September 2015 zum Ergebnis, bei den geltend gemachten Beschwerden an der LWS bestehe aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Hinweis für posttraumatische Unfallfolgen. Wie dem MRI-Bericht vom 25. August 2015 zu entnehmen sei, handle es sich auf verschiedenen Segmenten der LWS um vorbestehende degenerativ-krankhafte Veränderungen, welche keine Unfallfolgen seien, sondern im Laufe der Jahre durch Abnutzung entstanden seien (Suva-Nr. 168).

4.9 Dem Erstkonsultationsbericht von Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, vom 5. November 2015 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Suva-Nr. 188):

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:

St.n. komplizierten Knieoperationen links

Diabetes mellitus Typ 1

Nephrolithiasis bds.

Chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung nach Kriegserlebnissen

Im Vordergrund stehe eine durch die Fehlbelastung ausgelöste Facettengelenksschmerzproblematik, welche als erstes diagnostisch-therapeutisch weiter angegangen werden müsse. Falls die Facettengelenke fertig abgeklärt und allenfalls therapiert worden wären und die radikuläre Problematik weiter anhalten würde, gelte es, das Augenmerk vermehrt auf die Wurzel S1 bei Verdacht auf rezessale Einengung zu legen. In der Klinik habe der Beschwerdeführer klar eine gestörte Neurodynamik auf Höhe L4/5 mit gekreuztem positivem umgekehrtem Lasègue gezeigt. Hier müssten allenfalls ebenfalls diagnostisch weitere Abklärungen durchgeführt werden. Bei erfolglosen Therapien, aber doch positiven Diagnosen und LA Effekten könne der Beschwerdeführer ansonsten an einen Chirurgen weiter verwiesen werden. Konservativ medikamentös käme allenfalls das relativ nierenverträgliche Etodolac (Lodine) als zusätzliches Analgetikum der WHO Stufe 1 in Frage. Ansonsten bleibe bei dieser Schmerzproblematik der Einsatz von Opioiden

(Suva-Nr. 188).

4.10 Dr. med. G. ___ nahm im Bericht vom 19. Januar 2016 erneut Stellung zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers. So führte er aus, in einem extern durchgeführten MRI des rechten Kniegelenks zeigten sich eine Innenmeniskus-Läsion ohne freie Lappenkomponente, Chondromalazie mediales Kompartiment, mediale Trochlea ebenfalls leichte Chondromalazie laterales Kompartiment femoral betont. In den durchgeführten Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks in zwei Ebenen zeige sich eine Konsolidierung der ehemaligen Pseudarthrose bei regelhafter Plattenlage. Insgesamt sei die Gesamtsituation erschwert aufgrund einer multimorbiden Komponente beginnend mit einer Hörproblematik übergehend zu einem Rückenproblem, zu einem neuen Knieproblem rechts und zu einem alten Knieproblem links. Im Bereich des rechten Kniegelenks empfehle er zum jetzigen Zeitpunkt keine operative Intervention, sondern konservative Massnahme im Sinne von Physiotherapie/Eigenübung. Im April, ein Jahr nach der stattgehabten Intervention, könne die Platte entfernt werden. Bezüglich Hör-/Rückenproblematik und Diabetes-Symptomatik befinde sich der Beschwerdeführer in externer Behandlung. Eine IV-Rente sei eingereicht worden, was aus ärztlicher Sicht ganz klar unterstützt werde. Mit dem aktuellen Zustand sei der Beschwerdeführer aktuell und auch in naher Zukunft nicht arbeitsfähig (Suva-Nr. 201).

4.11 Die Psychologin M. sc. I. ___ und pract. med. J. ___ attestieren dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie führen weiter aus, es hätten bis dato 33 Sitzungen stattgefunden. Ein Fokus habe sich dabei auf die Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse im Krieg in Bosnien gerichtet. Teilweise sei es gelungen, einige traumatische Elemente zu integrieren. Andere traumatische Ereignisse hätten eine Reaktivierung durch den Unfall des Beschwerdeführers gefunden. Unfallfremde Faktoren, die den Heilverlauf verzögern würden, könnten zurzeit ausgeschlossen werden (Verlaufsbericht vom 6. April 2016, Suva-Nr. 229).

4.12 Am 31. März 2016 nahm Dr. med. H. ___ erneut eine ärztliche Beurteilung vor (Suva-Nr. 227). Er führt aus, die Frage, ob die geklagten Beschwerde Knie rechts und LWS im Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. Oktober 2012 sowie die Kniebeschwerden rechts im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. März 2002 stünden, könne mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden. Dokumentiert werde ein Unfall am 5. Oktober 2012. Es sei eine Vorstellung in der chirurgischen Klinik des Spitals C. ___ erfolgt, wie dem Bericht vom 8. Oktober 2010 (recte: 2012) zu entnehmen sei. Eine Kontusion sei an der linken Hüfte, proximale Tibia und distaler Femur links diagnostiziert worden. Die durchgeführte radiologische Diagnostik ohne Hinweise für eine frische knöcherne Verletzung. Anamnestisch seien keine Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes sowie im Bereich der LWS vorhanden gewesen. In den echtzeitlichen Akten sei auch keine Verletzung des rechten Knies oder der LWS dokumentiert. Erst bei der Untersuchung vom 7. Juli 2015 (fast drei Jahre nach dem Unfallereignis) habe der untersuchende Arzt Dr. med. G. ___ über Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers berichtet. Die am 25. August 2015 durchgeführte radiologische Untersuchung (MRI der LWS und ISG) weise auf degenerative Veränderungen hin. In der einschlägigen Literatur gehe man davon aus, dass unfallkausale lumbale Beschwerden (neurologische Ausfallerscheinungen im Sinne eines sensomotorischen Defizites einer radikulären Symptomatik) nach einem LWS-Kontusionstrauma innerhalb von 72 Stunden auftreten würden. Im vorliegenden Fall sei von Dr. med. G. ___ nur über Rückenbeschwerden fast

drei Jahre nach dem Ereignis berichtet worden. Bei der Diskushernie handle es sich eindeutig um eine degenerative Diskopathie und nicht um eine traumatische Hernie. Ausserdem habe der Beschwerdeführer innerhalb von 72 Stunden nach dem Ereignis keine neurologischen Ausfälle gehabt. Insgesamt sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation anzunehmen, dass die aktuell geltend gemachten Rückenbeschwerden klinisch sowie radiologisch einer Lumboischialgie aufgrund der oben beschriebenen degenerativen Veränderungen der Bandscheibe L5/S1 zuzuordnen seien. Bezüglich Knieschmerzen rechtsseitig sei anamnestisch kein Hinweis für stattgehabtes Knie Trauma rechts vorhanden. In den echtzeitlichen Akten sei auch keine Verletzung des rechten Knies dokumentiert. Erst bei der Untersuchung am 19. Januar 2016 (dreieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis) habe Dr. med. G.____ über neu auftretende Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Kniegelenks berichtet. Die am 7. Januar 2016 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks weise eindeutig auf degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks hin. Bei einem Meniskusschaden (Meniskusläsion) träten häufig Schädigungen aufgrund eines Verschleisses auf. Auch aufgrund sportlicher und beruflicher Belastungen nutze sich über Jahre hinweg das Knorpelgewebe ab und es könne so zu einem Meniskusschaden führen. Für einen Meniskusriss könne es auch andere Ursachen geben, da Knorpelgewebe im Gegensatz zu anderen Gewebearten nur indirekt über die Gelenkflüssigkeit ernährt werde. Epidemiologisch sei die Inzidenz und Prävalenz von Rückenschmerzen und Beschwerden an der Gegenextremität auch bei relevanten Beinlängenverkürzungen oder sogar Unterschenkelamputationen mit Prothesenversorgung nicht signifikant höher.

Zusammenfassend handle es sich bei dem chronischen lumbospondylogem Schmerzsyndrom sowie degenerativen Veränderungen des medialen Meniskus und degenerativen Veränderungen des medialen und lateralen Femurcondylus sowie des medialen femoralen Pfeilers der Trochlea des rechten Kniegelenks mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht um die Folgen der Ereignisse vom 6. März 2002 und 5. Oktober 2012 (Suva-Nr. 227).

4.13 Am 13. April 2016 unterzog sich der Beschwerdeführer in der Klinik F.____ einer weiteren Operation (Entfernung des Osteosynthesematerials proximale Tibia links, Entnahme von Gewebeproben und Einsenden des Implantats zur Sonikation; Suva-Nr. 233). Dem im Anschluss an diese Operation erstellten Bericht vom 2. Juni 2016 lässt sich entnehmen, in Zusammenschau der Befunde habe durch die Metallentfernung zwar eine etwas verbesserte Schmerzsituation erzielt werden können, insgesamt lägen jedoch weiterhin eine belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit diffus im Bereich des Kniegelenkes sowie ein neuropathischer Schmerzcharakter im Bereich des Zuganges vor (Suva-Nr. 235).

4.14 Nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 20. Juli 2016 stellte Dr. med. K.____ die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 248):

Belastungsabhängige Restbeschwerden mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung
Kniegelenk links bei:

Unfallunabhängig:

Varusgonarthrose rechts

Lumbale Beschwerden

Zusammenfassend führt der Kreisarzt aus, anlässlich des Unfallereignisses 2012 sei es gemäss MRI-Befund zu einer Knorpelläsion des lateralen Femurcondyls des linken Kniegelenks gekommen. Zumindest lasse sich eine Teilkausalität diesbezüglich präoperativ nicht ausschliessen. Die am 24. Juni 2014 durchgeführte Umstellungsosteotomie habe in keinem unfallkausalen Zusammenhang gestanden und ausschliesslich der Behandlung vorbestehender unfallunabhängiger degenerativer Schäden gedient. Die Beschwerden von Seiten des rechten Kniegelenks und der Wirbelsäule stünden in keinem unfallkausalen Zusammenhang und seien auch nicht Folge oder Teilfolge einer Mehrbelastung wegen Schmerzen am linken Kniegelenk. Gemäss heutigen Angaben des Beschwerdeführers bestünden seit der zweiten Operation vom 30. März 2015 unveränderte Beschwerden trotz medikamentöser und physiotherapeutischer Behandlung. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass durch weitere medizinische Massnahmen noch eine wesentliche Verbesserung erreicht werden könne, insbesondere nicht bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Unfallbedingt bestehe aufgrund der Beschwerden im linken Kniegelenk eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Strassenbauarbeiter; diese sei nicht mehr möglich. Ausschliesslich unfallbedingt sollte aufgrund der objektivierbaren Befunde in einer wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit ohne Knien und/oder Kauern, ohne repetitives Treppensteigen und ohne Feuchtigkeit- und Kälteexposition eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Zu vermeiden seien auch Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und/oder Gerüsten sowie an schlagenden und/oder vibrierenden Maschinen.

Wie die Psychologin Frau I. ___ im Bericht vom 18. Juli 2016 festhalte, reagiere der Beschwerdeführer aufgrund seiner Kriegserfahrungen mit heftigen somatischen Symptomen. Für diese psychosomatische Schmerzproblematik sei die Suva nicht leistungspflichtig. Unfallbedingt sei der geplante Aufenthalt in der Schmerzklinik [...] nicht notwendig (Suva-Nr. 248 S. 17 f.).

4.15 Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 10. August 2016 in Aussicht gestellt hatte, dass die Taggelder längstens bis am 31. Oktober 2016 ausgerichtet würden (Suva-Nr. 261), reichte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. August 2016 die folgenden Berichte ein: Verlaufsbericht von M. sc. I. ___ und pract. med. J. ___ vom 8. April 2016 (Suva-Nr. 266 S. 5), Bericht von Dr. med. T. ___, Facharzt für Anästhesiologie, vom 21. April 2016 (Suva-Nr. 266 S. 6 f.), Arztbericht von Dr. med. U. ___, vom 9. Juni 2016 (Suva-Nr. 266 S. 8 ff.) und Bericht der Klinik F. ___ vom 2. Juni 2016 (Suva-Nr. 266 S. 11 f.).

4.15.1 Die Psychologin M. sc. I. ___ und der Psychiater pract. med. J. ___ führen aus, der Beschwerdeführer leide unter einer mittelgradigen Depression (ICD10: F32.1), die deutlich auf den Unfall zurückzuführen sei. Seit dem Unfall und dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit erlebe er sich als nutzlos und unter massiven Selbstwertkrisen verbunden mit Existenzängsten. Auch suizidale Gedanken würden gelegentlich auftauchen. Er sei zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-Nr. 266 S. 5).

4.15.2 Dem Bericht von Dr. med. T. ___ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (Suva-Nr. 266 S. 6):

Chronische Knieschmerzen nach Unfall und St.n. komplizierten Knieoperationen links
Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:

Diabetes mellitus Typ 1

Nephrolithiasis bds.

Chronifiziert posttraumatische Belastungsstörung nach Kriegserlebnissen

Weiter führte Dr. med. T. ___ aus, aus seiner Sicht bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen dem linken (verunfallten) Knie, der anschliessenden Schon- und Fehlbelastung der Wirbelsäule und den in der Folge exazerbierten Rückenschmerzen, welche der Beschwerdeführer schon während seiner Rehabilitation in mehrmals angemahnt habe, worauf aber in der Therapie dort gemäss seinen Aussagen nicht eingegangen worden sei. Die von Dr. med. T. ___ durchgeführten Interventionen hätten positive diagnostische Resultate der Facettengelenke L3/4, L4/5 und L5/S1 links gezeigt. Die transforaminale Infiltration der Wurzel S1 habe seit Dezember 2015 anhaltend eine vollständige Regression der radikulär ausstrahlenden Schmerzen gebracht (Suva-Nr. 266 S. 6 f.).

4.15.3 Dr. med. U. ___ erklärt in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 9. Juni 2016, der Beschwerdeführer befinde sich seit Januar 2013 in seiner Behandlung. Bis zum Unfallereignis vom Oktober 2012 habe er sich weitgehend in einem guten Allgemeinzustand befunden. Die posttraumatische Belastungsstörung sei durch die Arbeit, in die er sich nach mehr als einjähriger Inhaftierung während des Krieges in [...] gestürzt habe, weitgehend kompensiert gewesen. Die ersten Konsultationen hätten wegen des neu entdeckten Diabetes mellitus II im Januar 2013 stattgefunden. Die Unfallfolgen vom Oktober 2012 seien im Regionalspital C. ___ behandelt worden. Wegen anhaltender bewegungs- und belastungsabhängiger Schmerzen des linken Knies habe Dr. med. U. ___ den Beschwerdeführer im November 2013 an Dr. med. D. ___ in [...] überwiesen. Aktuell klagt der Beschwerdeführer über weiterhin persistierende bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen am linken Knie, wie auch im LWS Bereich. Neu bestünden durch Fehl- und Falschbelastung auch Schmerzen im rechten Knie. Durch die anhaltenden Schmerzen und die viele «freie» Zeit seien zunehmend traumatische Erinnerungen an den Krieg in [...] und seine Inhaftierung aufgetreten, die sich durch die Psychologin (Hospitalisation Q. ___) noch intensiviert hätten. Der Beschwerdeführer habe mit Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, schreckhaftes Erwachen nach Albträumen etc.), vermehrter Nervosität, Angst und Ängstlichkeit, Gereiztheit vor allem gegenüber seinen nächsten Angehörigen, sozialem Rückzug, Konzentrationsstörungen, depressiver Grundstimmung etc. reagiert, weswegen er ihn im Dezember 2014 für psychotherapeutische Massnahmen an M. sc. I. ___, Gruppenpraxis pract. med. J. ___ in [...] überwiesen habe (Suva-Nr. 266 S. 8 ff.).

4.15.4 Dem Bericht der Klinik F. ___ vom 2. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer planmässig sechs Wochen postoperativ zur klinisch-radiologischen Kontrolle vorgestellt habe. In Zusammenschau der Befunde habe durch die Metallentfernung zwar eine etwas verbesserte Schmerzsituation erzielt werden können, insgesamt liege jedoch weiterhin eine belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit diffus im Bereich des Kniegelenkes sowie ein neuropathischer Schmerzcharakter im Bereich des Zuganges vor. Es werde vorerst die konservative Therapie empfohlen (Suva-Nr. 266 S. 11 f.).

4.16 Am 1. September 2016 nahm der Kreisarzt Dr. med. K. ___ Stellung zu den eingereichten Berichten. Er führt aus, der Rechtsvertreter, der Psychiater und der Schmerztherapeut argumentierten ausschliesslich damit, dass der Beschwerdeführer vor

dem Unfallereignis offenbar keine Beschwerden gehabt habe und nunmehr sämtliche geklagten Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Es handle sich somit um eine medizinisch und wahrscheinlich auch juristisch nicht haltbare «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation. Bezüglich der Ausführungen des Psychiaters med. pract. J. ___ sei von administrativer bzw. juristischer Seite die Psychoadäquanz zu beurteilen. Der Argumentation von Dr. med. T. ___, dass die Rückenbeschwerden und Knieschmerzen rechts Folge des Unfalles seien, fehle medizinisch jede Grundlage. Diese Argumentation werde in der Regel von medizinischen Laien vorgebracht. Ihm, Dr. med. K. ___, sei keine evidenzbasierte Literatur bekannt, welche diese Argumentation stützen würde. Dass belastungsabhängige Restbeschwerden im linken Kniegelenk bestehen könnten, sei plausibel, nicht jedoch das geklagte und demonstrierte Ausmass. Diesbezüglich sei noch eine Kontrolle in der Klinik F. ___ geplant. Bezüglich der zu erwartenden Arbeitsfähigkeit seien jedoch keine wesentlichen Verbesserungen zu erwarten. Deshalb sei ein niederschwelliges Arbeitsplatzprofil in angepasster Tätigkeit festgelegt worden, welches sich ausschliesslich auf die unfallbedingte Verletzung des linken Kniegelenks beziehe. Alle anderen, nicht unfallbedingten Beschwerden seien entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ausser Acht gelassen worden. Versicherungsmedizinisch ergebe sich aufgrund des Schreibens des Rechtsvertreters und der beigelegten Berichte bezüglich des Fallabschlusses bzw. der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Änderung (Suva-Nr. 271).

4.17 Am 18. Oktober 2016 fand erneut eine klinische Verlaufskontrolle in der Klinik F. ___ statt. Dem Bericht gleichen Datums lässt sich entnehmen, dass aus chirurgischer Sicht die aktuelle Situation nicht zu verbessern sei. Bei muskulärem und funktionellem Defizit sei jedoch sicherlich eine Fortführung der Physiotherapie medizinisch indiziert. Diesbezüglich werde die Suva um erneute Prüfung einer Kostenübernahme gebeten. Beim Nebendiagnosenprofil und im Hinblick auf den neuropathischen Lokalbefund würden die Kollegen der Neurologie um entsprechende Aufbietung des Beschwerdeführers gebeten (vgl. Suva-Nr. 291).

4.18 Dem Bericht der Psychologin M. sc. I. ___ vom 25. Oktober 2016 (Suva-Nr. 305) ist zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer früher gelungen sei, durch seine Arbeit die traumatischen Erlebnisse zu kompensieren. Nach dem Unfall und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit sei es ihm nicht mehr gelungen, seine Traumata zu kontrollieren, so dass es zu einer akuten, inzwischen chronifizierten Dekompensation gekommen sei. Aktuell erlebe er wiederkehrende Träume von der Gefangenschaft, habe heftige Angstzustände und auch im Wachzustand erlebe er Flashbacks von den Foltererlebnissen, während deren er paralytisch und dissoziiert sei. Die aktuelle Dekompensation sei also kausal an den Unfall gekoppelt. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne lange Zeit kompensiert werden, durch verschiedene Faktoren wie Unfall, Stellenverlust und Schmerzen sei aber diese Kompensation weggefallen. Aus diesen Gründen sei sie der Meinung, dass eine Invalidität von 100 % vorliege (Suva-Nr. 305 S. 3).

4.19 Am 10. November 2016 erfolgte die neurologische Untersuchung im V. ___ der Klinik F. ___. Deren Bericht vom 16. November 2016 enthält als Diagnose den Verdacht auf eine Neuropathie des Nervus saphenus ramus infrapatellaris links. Weiter wird ausgeführt, es bestehe eine chronifizierte Beschwerdesymptomatik im Bereich der proximalen Tibia und des Narbenbereichs infrapatellär links. Bei Hypästhesie, in etwa dem Versorgungsgebiet des Ramus infrapatellaris des N. saphenus entsprechend, und deutlichem Tinelzeichen im Narbenverlauf proximal sei eine Neuropathie des N. saphenus

ramus infrapatellaris als Teilaspekt der Beschwerdegenese durchaus möglich. Auf eine lumboradikuläre Pathologie habe in der Untersuchung kein Hinweis bestanden. Es sei eine Neuraltherapie im Bereich der Operationsnarbe und infrapatellär durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer werde sich für weitere Behandlungen je nach Ansprechen in der Sprechstunde vorstellen (Suva-Nr. 316 S. 3).

4.20 Der Bericht vom 16. November 2016 wurde dem Kreisarzt Dr. med. univ. K.____ vorgelegt. Dieser hält in seiner Stellungnahme vom 9. Januar 2017 fest, die Neuraltherapie gemäss neurologischer Beurteilung sei zu übernehmen. Es sei jedoch nicht von einer Änderung der Zumutbarkeit auszugehen (Suva-Nr. 321).

4.21 Am 28. August 2014 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Die IV-Stelle traf Abklärungen und holte schliesslich ein polydisziplinäres (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie) Gutachten bei der Begutachtungsstelle M.____ ein. Die Expertise datiert vom 9. Mai 2017 (IV-Nr. 85.1 ff.). Dieser lassen sich insbesondere die folgenden vorliegend interessierenden Informationen entnehmen:

4.21.1 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. W.____ diagnostiziert eine Femoropatellararthrose links (ICD10: M19.05), ein Lumbovertebralsyndrom mit Baastrup-Zeichen L3-L5 und degenerativen Veränderungen der unteren LWS (CD10 M 54.05) sowie eine muskuläre Dysbalance der Rumpfmuskulatur mit chronischen unspezifischen Schmerzen (ICD10: M79.09 [IV-Nr. 85.1 S. 29]). Zur Beurteilung führt er aus, am linken Knie bestehe ■ bei initialer Kontusion und möglicher Schädigung im lateralen Kniebereich ■ ein degenerativ bedingter Endzustand. Klinisch könne eine Störung des femoropatellaren Gleitlagers objektiviert werden. Als Korrelat der geklagten Rückenbeschwerden könnten nur vertebrogene Irritationen und Baastrup-Reizungen an der mittleren und unteren LWS festgestellt werden; keine radikulären Begleiterscheinungen. Insgesamt fänden sich keine Zeichen einer entzündlichen oder systemischen rheumatologischen Erkrankung. Die Störung im linken Kniegelenk könnte die Veränderungen im unteren Achsenskelett ungünstig beeinflusst haben. Chronifizierungsfaktoren dürften mittlerweile einen wesentlichen Teil des kommunizierten Beschwerdebildes ausmachen. Eine Tätigkeit im Strassenbau könne der Versicherte nicht mehr bewältigen, dies spätestens seit April 2014, dem Zeitpunkt der damaligen orthopädischen Abklärung. Für eine angepasste Tätigkeit sei der Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht mindestens zu 80 % arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte Heben und Tragen von max. 15 kg, keine kauern oder gebückten Arbeitshaltungen, Gehen eine halbe Stunde am Stück, kein Gehen auf unebenem Gelände. Medizinische Massnahmen einschliesslich Versorgung mit Hilfsmitteln seien orthopädisch zu entscheiden.

4.21.2 Die neurologischen Gutachter, Dr. med. X.____ und Dr. med. Y.____, diagnostizieren eine postoperative Hypästhesie im Bereich einer ventro-medialen Operationsnarbe unterhalb des linken Kniegelenks (IV-Nr. 85.1 S. 31 f.). Die Experten halten dazu fest, die Rückenschmerzen seien mit Ausstrahlung zunächst in das linke Bein seit 2015 dokumentiert, MR-tomographisch Facettengelenksarthrosen und eine Bandscheibenhernie L5/S1, ausstrahlende Beschwerden gebessert nach Infiltration der S1-Wurzel links, insgesamt sei eine stattgehabte S1-Radikulopathie wahrscheinlich. Die aktuellen Beschwerden mit Ausstrahlung in das rechte Bein seien nicht einem Dermatom zuzuordnen. Eine Neuropathie, z.B. im Rahmen des Diabetes mellitus, liege nicht vor.

Zusammengefasst bestünden pseudoradikuläre Rückenschmerzen mit teilweise funktioneller Gangstörung. Eine neurologische Erkrankung im engeren Sinn mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor.

4.21.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. Z. ___ diagnostiziert eine unvollständig remittierte depressive Störung (ICD-10: F32.8) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43 [IV-Nr. 85.1 S. 31 f.]). Zu den Befunden hält der Psychiater fest, der Versicherte sei im Gespräch kooperativ und offen, wirke belastet, die Untersuchung strenge ihn an, ein erhöhtes Schmerzniveau sei im Verhalten, in Mimik und Gestik ablesbar. Im psychopathologischen Befund fänden sich weder eine Bewusstseinsstörung noch eine Orientierungsstörung. Die Auffassung sei nicht verändert, die Konzentration sei teilweise leicht eingeschränkt, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien nach klinischem Eindruck nicht beeinträchtigt. Das formale Denken sei teilweise leicht gehemmt, teilweise leicht eingeengt, es bestünden Hinweise auf Grübeln, jedoch keine Hinweise auf Ängste, Zwangsgedanken oder Wahnerleben. Keine Hinweise auf Sinnestäuschungen, auf Ich-Störungen oder auf sonstige psychotische Symptome. Affektiv teilweise ratlos, ausgeprägte Störung der Vitalgefühle, teilweise deprimiert. Teilweise leicht ängstlich, leicht gereizt, innerlich unruhig. Klagsam, Insuffizienzgefühle, keine Affektlabilität. Nicht antriebsarm, nicht antriebsgesteigert, motorisch leicht unruhig. Keine circadianen Besonderheiten. Hinweise auf Schlafstörungen. Angabe von Tagesmüdigkeit. Verminderte Sexualität. Es bestünden Hinweise auf sozialen Rückzug und auf erhöhte Aggressivität. Es seien keine selbstschädigenden Verhaltensweisen feststellbar, keine Suizidalität. Nach klinischem Eindruck normintelligent und in der Persönlichkeit differenziert.

In seiner Beurteilung führt der psychiatrische Gutachter aus, es sei wiederholt die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung gestellt worden, unter anderem von der behandelnden Psychologin und im psychosomatischen Konsil der Q. ___ 2015. Aktuell sei die Diagnose nicht mehr zu stellen, der Beschwerdeführer sei lebhaft, temperamentvoll, es stünden nicht Einbussen von Stimmung, Antrieb und Interessen, sondern Druck, Schlafstörung, Aggressivität und Unruhe im Vordergrund. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung finde sich in der Aktenlage immer wieder. Die Diagnose sei zu bestätigen, weil ein Trauma vorliege, und die dazugehörige typische Symptomatik, auch durch Provokation in der Untersuchung, zu objektivieren. Vegetative Erregbarkeit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst, Depressivität und Aggressivität seien assoziierte Merkmale. Die klinische Relevanz sei erst nach dem Arbeitsunfall mit Arbeitsplatzverlust, ungünstigem Heilungsverlauf, gescheiterter Reintegration entstanden, die genannten Ereignisse seien als Auslöser plausibel. Die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung könne nicht gestellt werden, weil diese Belastungen 20 Jahre oder mehr vor der Symptomatik stattgefunden hätten und der Beschwerdeführer Kompensationsvermögen bewiesen habe. Einflüsse der posttraumatischen Belastungsstörung auf Schmerzerleben, Schmerzausdruck und Verhalten seien anzunehmen und könnten allfällige Diskrepanzen zwischen Befunden und Beschwerden erklären. Derzeit sei eine erhebliche psychosoziale Restriktion und Desintegration infolge der Störung zu erkennen. Grundsätzlich sei der Beschwerdeführer interessiert und motiviert für eine Verbesserung seines Zustandes und würde weitere Therapien in Anspruch nehmen. Die Störung sei unzureichend behandelt, ein Antidepressivum wäre indiziert, Schlafregulierung wäre erforderlich ohne Benzodiazepine,

Soziotherapie könne helfen, insofern liege kein chronischer, therapierefraktärer Verlauf vor. Die Ressourcen des Beschwerdeführers seien beschränkt (ungünstiges Alter, unbefriedigende Integration, keine Ausbildung, körperliche und psychische Krankheit), andererseits bestehe eine noch stabile Partnerschaft und der Beschwerdeführer wäre von seiner Einstellung her in der Lage, bei einer Reintegration mitzuarbeiten. Zumindest alleine bezogen auf die posttraumatische Belastungsstörung sei eine Verbesserung möglich.

Die bisherige Tätigkeit sei allein aufgrund der körperlichen Einschränkungen nicht mehr möglich, psychiatrisch gebe es dabei keine Limitation. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer über lange Zeit eingeschränkt, mindestens in einem Ausmass von 50 %, auch wenn die Therapie noch zu optimieren sei. An medizinischen Massnahmen werde empfohlen, die stattfindende Behandlung durch entscheidende Komponenten, nämlich Pharmakotherapie, zur Besserung der posttraumatischen Symptomatik, von Schlaf und Aggressivität zu ergänzen. Eine Benzodiazepin-Abhängigkeit müsse vermieden werden, eine fachärztliche Betreuung werde empfohlen.

4.21.4 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wird festgehalten, es sei keine bewusste Aggravation respektive Simulation festzustellen gewesen, Verdeutlichungstendenzen im Begutachtungskontext seien zu erwarten gewesen, die Diskrepanzen zwischen somatischen Befunden und Schmerzerleben, Schmerzausdruck und subjektiver Einschränkung seien störungsimmanent (IV-Nr. 85.1 S. 35). Es seien folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen:

1. Posttraumatische Belastungsstörung, chronifiziert (ICD-10: F43.1)
2. Unvollständig remittierte depressive Episode (ICD-10: F32.8)
3. Gonarthrose beiderseits bei Status nach Umstellungsosteotomie 04/2014, Revisionsosteotomie 03/2015 links und mit Meniskopathien beiderseits (ICD-10: M17.5, M17.0)
4. Degenerative LWS-Veränderungen in den Segmenten L3-S1, einschliesslich Facettengelenksarthrosen, radiologisch Baastrup-Syndrom, nachgewiesene Bandscheibenherniation L5/S1 ohne radikuläre Beteiligung
5. Chronische Rückenschmerzen und Kniegelenksschmerzen beidseits mit/bei muskulärer Dysbalance des unteren Rumpfes, mit funktionellen Gangstörungen, psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

Die Experten erachteten eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Strassenbauer seit April 2014 als nicht mehr gegeben (IV-Nr. 85.1 S. 39). Eine der körperlichen Belastbarkeit angepasste Tätigkeit (Heben und Tragen maximal bis 15 kg, keine knienden, kauenden, vorgebeugten Tätigkeiten, keine Tätigkeiten mit häufigem oder anhaltendem Gehen, Steigen, ausschliesslich Stehen) sei theoretisch zu maximal 50 % zumutbar, ebenso theoretisch seien Wiedereingliederungsmassnahmen in einem solchen zeitlichen Umfang zumutbar. Realistisch werde dies nur mit therapeutischer Unterstützung respektive mit dem Ausbau der psychiatrischen-psychotherapeutischen und schmerzmedizinischen Behandlung möglich sein. Die qualitativen Einschränkungen gälten seit April 2014, die psychiatrisch begründeten Einschränkungen seit Antragsstellung im August 2014.

4.22.1 In der Folge kam es zum stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Privatklinik L.____ (vgl. E. I. 4 hiervor). Die IV-Stelle beauftragte den Gutachter Dr. med. Z.____ von der Begutachtungsstelle M.____ mit einer Verlaufsbeurteilung (vgl. IV-Nr. 114 f.). Die Expertise datiert vom 21. Oktober 2018 (IV-Nr. 137).

4.22.2 Der Beschwerdeführer berichtete dem psychiatrischen Gutachter, Dr. med. Z.____, zum Verlauf, dass alles mit dem Unfall 2012 entstanden sei (IV-Nr. 137 S. 18). 2012 oder 2013 habe er erstmals via SUVA Kontakt mit einer Psychologin oder mit einem Psychiater gehabt. Er glaube, das sei in Q.____ gewesen. Ab 2013 sei er in psychologischer Behandlung. Auf die Frage, ob er jemals zuvor schon in psychologischer Behandlung gewesen sei, heisse es mit lauter fester Stimme «Ich habe gearbeitet, ich hatte kaum Zeit für einen richtigen Arzt, wie hätte ich da Zeit für einen Psychologen haben können?». Darauf angesprochen, dass er im Bosnienkrieg verhaftet worden sei, berichtete der Beschwerdeführer, dass er 1991 für gesamthaft 18 Monate an verschiedenen Orten in Haft gewesen sei, davon auch noch Träume habe. Das mache ihn heute noch nervös. Albträume quälten ihn zwei bis drei Mal im Monat.

Zu den Diagnosen hielt der psychiatrische Gutachter fest, es sei vom Vorliegen einer unvollständig remittierten depressiven Episode auszugehen, schwankender Verlauf (IV-Nr. 137 S. 39). Diese sei im Februar 2017 als unvollständig remittiert beschrieben worden, jetzt eher als mittel- bis leichtgradig. Bei Eintritt in die Klinik L.____ im Oktober 2017 sei die depressive Symptomatik als schwergradig und im Jahr 2015 sowohl durch die Klinik Q.____ als auch durch die Psychologin M. sc. I.____ als mittelgradig beschrieben worden. Darüber hinaus sei das Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung klar zu erkennen, bzw. das Bild einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), differenzialdiagnostisch zu fassen auch als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), wobei letztere Codierung einen Hinweis geben könne auf das «Late Onset»-Phänomen sowie den Verlauf mit Chronifizierungstendenz. Andererseits sei darauf zu verweisen, dass erst im Jahre 2017 eine der Störung angemessene spezifische stationäre Behandlung durchgeführt worden sei.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, bis auf weiteres bestehe sowohl in der bisherigen als auch in anderen Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dies gelte spätestens ab dem Eintritt in die Klinik L.____, wahrscheinlich aber bereits drei Monate zuvor, also ab 1. Juli 2017. Für den Zeitraum ab Antragstellung bis einschliesslich erste Jahreshälfte 2017 sei von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von etwa 50 % auszugehen, wie anlässlich der Begutachtung vom Februar 2017 festgehalten worden sei.

4.23 Gestützt auf das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 21. Oktober 2018 sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer ab 1. März 2015 eine halbe und ab 1. Juli 2017 eine ganze Rente zu (IV-Nrn. 147 S. 2 und 149).

5.

5.1 Das Versicherungsgericht holt zur Beurteilung der Streitfrage, ob zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden am Rücken und am rechten Knie ein Kausalzusammenhang besteht, bei der Begutachtungsstelle O.____ ein monodisziplinäres orthopädisches Gutachten ein. Dieses datiert vom 27. Januar 2020 und basiert auf der Untersuchung vom 20. November 2019 durch den Orthopäden Dr. med. N.____ (A.S. 134 ff.).

5.2 Der Gutachter führt aus, im Rahmen der orthopädischen Untersuchung (A.S. 173 ff.) habe der Beschwerdeführer eine erhebliche Überbetonung seiner Beschwerden mit teils Blockadehaltung gezeigt, die eine objektive Beurteilung erheblich erschwert habe (A.S. 179 f.). Bei entsprechender Rücksichtnahme auch im Gespräch habe aber ein wesentliches besseres Funktionsausmass festgestellt werden können. Es habe sich ein relativ reizfreies Kniegelenk beiderseits ohne Schwellung gezeigt. Die Bandführung sei beiderseits stabil. Insgesamt sei eine Druckempfindlichkeit feststellbar gewesen, aber es zeigten sich keine typischen Meniskuszeichen und die Operationsnarbe sei reizlos. Bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe der Beschwerdeführer eine deutliche Blockadehaltung gezeigt. Bei entspannter Lage und manueller Untersuchung sei ein wesentlich besseres Gelenkspiel palpabel gewesen, das Hinweise gebe auf ein wesentlich besseres Funktionsausmass als der Beschwerdeführer subjektiv demonstriere. Dies zeige sich auch bei den früheren durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Dieser habe auch nach mehrmaligem Nachfragen in der Anamneseerhebung angegeben, dass er vor 2012 noch nie wegen erheblicher orthopädischer Probleme behandelt worden sei. Er sei auch deswegen nie arbeitsunfähig geschrieben worden. Anhand der Akten habe aber dem Hinweis nachgegangen werden können, dass der Beschwerdeführer eine frühere Verletzung im rechten Sprunggelenk erlitten haben müsse. Auf Nachfrage in der Klinik und Anforderung der vorhandenen Befunde habe sich gezeigt, dass sich der Beschwerdeführer bereits am 3. Dezember 1998 eine erhebliche Zerrung mit fibulotalarer Bandläsion rechts zugezogen habe. Es habe eine mehrwöchige Behandlungskonsequenz mit Schienenversorgung, Stockentlastung und Analgetika durchgeführt werden müssen. Es sei auch eine kurze Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Allerdings habe sich anscheinend keine wesentliche Linderung eingestellt, so dass sich der Beschwerdeführer am 21. Oktober 1999 noch einmal wegen Beschwerden im Sprunggelenk, aber auch in der Lendenwirbelsäule in der Klinik vorgestellt habe. Es habe aber eine ossäre Läsion ausgeschlossen werden können. Wegen der Wirbelsäulenbeschwerden sei damals eine Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule angefertigt worden. Diese habe keinen Hinweis für eine ossäre Läsion ergeben. Eine weitere Beschreibung könne nicht mehr eruiert werden. Damit bestünden entgegen den Angaben des Beschwerdeführers Hinweise, dass er bereits zu einem früheren Zeitpunkt unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten habe und dies auch radiologisch habe untersuchen lassen. Als der Beschwerdeführer mit diesen Befunden konfrontiert worden sei, habe er zunächst mit einer Antwort gezögert und habe dann angegeben, das sei alles eine Lappalie gewesen. Der Beschwerdeführer zeige eine deutliche O-Bein-Fehlstellung.

5.3 Dr. med. N.____ nahm gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten sowie den Untersuchungsbefunden folgende Beurteilung vor (A.S. 179 f.): Es sei bekannt, dass statisch relevante Fehlstellungen vor allem bei Tätigkeiten, welche die Beine schwer belasten, wie z.B. Bauberufe, zur zunehmenden Arthrose und Folgeschäden führen könnten. Das Unfallereignis habe ein solches Kniegelenk getroffen. Der Beschwerdeführer sei lange Zeit in einem solchen Beruf tätig gewesen, so dass bereits prädisponierende Faktoren bestanden hätten und das Unfallereignis bereits Vorschäden erheblich verstärkt habe. Die Achsenfehlstellung sowie beginnende Belastungsschäden blieben sehr lange stumm und sehr häufig würden sie durch ein von aussen kommendes Ereignis reaktiviert mit nachfolgenden Behandlungskonsequenzen. Dies zeige sich auch in diesem Fall. Des Weiteren bildeten aber auch beim Beschwerdeführer metabolische Faktoren wie Übergewicht und insulinpflichtiger Diabetes mellitus eine zusätzlich verstärkende

Komponente, wobei auch die Entstehung eines Infektes begünstigt werden könne. Durch die antibiotische Behandlung habe der Infekt erfolgreich behandelt werden und nach guter knöcherner Konsolidierung die Metallentfernung durchgeführt werden können. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer diskrepante Befunde gezeigt. In der orthopädischen Klinik (F.____, Bericht vom 19. Mai 2015 [Suva-Nr. 131]) habe sich ein relativ guter Befund mit weitgehend freier Beweglichkeit gezeigt, das Bein sei belastbar geworden und es sei sogar empfohlen worden, die Gehstützen komplett wegzulassen. Zum gleichen Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer in der Rehabilitationsklinik (Q.____, Bericht vom 1. Juli 2015 [Suva-Nr. 142; E. II. 4.4 hiervor]) erhebliche Beschwerden angegeben mit eingeschränkter Belastbarkeit und Funktionseinschränkung. Hier ergäben sich Diskrepanzen, die von orthopädischer Seite nicht nachvollziehbar seien. Der Beschwerdeführer habe entgegen seinen Angaben bereits früher unter Wirbelsäulenbeschwerden gelitten. Dass die Funktionsbeschwerden erst jetzt als Folge des Unfalls aufgetreten sein sollten, könne deshalb nicht nachvollzogen werden. In der Literatur werde beschrieben, dass ab dem 20. Lebensjahr der Alterungsprozess der Bandscheiben beginne. Dieser verlaufe in der Regel unbemerkt. Selbst Bandscheibenvorfälle aufgrund der Alterung könnten klinisch stumm bleiben. Kernspintomografische Untersuchungen der Lendenwirbelsäule ergäben in 35 % der Fälle Bandscheibenvorfälle bei beschwerdefreien Probanden im Alter von 20 - 39 Jahren, so dass es nicht aussergewöhnlich sei, dass beim Beschwerdeführer die degenerativen Veränderungen bisher unbemerkt geblieben seien. Als Unfallfolge erschienen Bandscheibenvorfälle stets mit begleitenden knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment. Nach Schätzungen hätten 60 - 80 % der deutschen Bevölkerung mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen. Etwa 40 % klagten über häufige oder dauerhafte Beschwerden. Die meisten Probleme träten im Bereich der Lendenwirbelsäule auf (62 %).

Der Beschwerdeführer habe eine die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeit gehabt, die zum grossen Teil auch in Fehl-/Zwangshaltung durchgeführt werden müssen. Dies sei als prädisponierender Faktor anzusehen bei zusätzlich anlagebedingten mässig aufgetretenen Veränderungen, wie dies auch hier beim Beschwerdeführer der Fall sei. Auch in der Beurteilung von Dr. med. H.____ vom 31. März 2016 (vgl. E. II. 4.12 hiervor) sei ausführlich dargelegt worden, dass die geklagten Wirbelsäulenbeschwerden aufgrund ausschliesslich degenerativer Veränderungen entstanden seien. Ein unfallkausaler Zusammenhang zu den Kniegelenksbeschwerden links werde nicht hergestellt. Es lägen auch keine Literaturstellen vor, die diese Beschwerden durch Fehlbelastung des linken Kniegelenks erklärten. Auch seien genügende Veränderungen sowie prädisponierende Faktoren vorhanden, die das Auftreten dieser Beschwerden begünstigen könnten. Des Weiteren könne kein Unfallereignis anamnestisch erfragt werden. Auch zum Zeitpunkt des Unfallereignisses am 5. Oktober 2012 werde über keine Verletzung der Wirbelsäule berichtet und auch keine Wirbelsäulenbeschwerden angegeben. Erst bei der Untersuchung am 7. Juli 2015 (fast drei Jahre nach dem Unfallereignis) habe Dr. med. G.____ von Rückenbeschwerden berichtet. Ein Unfallzusammenhang könne anhand der Anamneseerhebung und der Befunde nicht hergestellt werden.

Die gleichen prädisponierenden Faktoren, O-Bein-Fehlstellung, körperlich schwere Arbeit in kniender, hockender Tätigkeit sowie in einer Fehlhaltung träfen auch für das rechte Kniegelenk zu. Der Beschwerdeführer habe diese Beschwerden des rechten Kniegelenkes erst nach dem zweiten operativen Eingriff beschrieben. Ausser einer leichten Prellung, die

ohne Folgen geblieben sei, seien zuvor keine Beschwerden nach seinen Angaben festgehalten. Erst ca. drei Jahre nach dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 werde über zunehmende Kniegelenksbeschwerden geklagt, die ebenfalls degenerative Veränderungen, speziell medial-bedingt aufgrund der O-Bein-Fehlstellung, nachweisen liessen. Es zeigten sich somit genügend anlagebedingte degenerative Veränderungen mit einer Fehlstellung der Beinachse, die auch im rechten Kniegelenk nicht als Unfallfolge angesehen werden könne. Es sei möglich, dass bei starken Krafteinwirkungen auch Zerreissungen sowie Schäden am Knorpel und den Menisken auftreten könnten. Eine solche Verletzung liege am rechten Kniegelenk aber nicht vor. Mit zunehmendem Lebensalter erfahre die Beschaffenheit des Meniskusgewebes Veränderungen, die bei zeitgerechter Entwicklung nicht als krankheitswertig aufzufassen seien. Etwa ab dem 20. Lebensjahr beginne eine Verarmung der Chondrozyten, einhergehend mit fokalen, kleinstteiligen Fissuren und inhomogener Färbung der Matrix. Diese Veränderungen zeigten eine zunehmende Ausprägung. Als krankheitsrelevant gälten jedoch nur die instabilen Meniskusläsionen (Schweregrad III), die gelenkmechanisch relevant seien. Selbst ein kompletter, aber stabiler Längsriss, ein radiärer Riss mit weniger als ein Drittel der Meniskusbreite oder auch ein nicht dislozierter Lappenriss im Hinterhornbereich lägen in aller Regel asymptomatisch vor und bedürften auch keiner operativen Behandlung. Meniskusschäden seien somit nur in Begleitung nachweisbarer Kapselbandschäden bei traumatischer Verletzung zu erwarten. Dies zeige sich auch darin, dass von orthopädischer Seite trotz der Veränderungen auch des Meniskus nur eine konservative Behandlung empfohlen worden sei und kein operativer Eingriff. Auch der jetzige klinische Befund zeige eine gute Kompensation der degenerativen Veränderungen und der Meniskusveränderungen im rechten Kniegelenk. Auch hier könne kein Zusammenhang der Veränderungen des rechten Kniegelenkes mit den Unfallfolgen vom 5. Oktober 2012 hergestellt werden.

5.4 Der Gutachter weist darauf hin, dass erhebliche Inkonsistenzen objektivierbar seien, welche zumindest starke Zweifel am Ausmass der geltend gemachten Auswirkungen der Gesundheitsstörungen begründeten (A.S. 181). So sei entgegen den ärztlichen Anweisungen und der angegebenen regelmässigen Medikamenteneinnahme ■ ausser dem Antibiotikum ■ derzeit keines der angegebenen Schmerzmittel (Celecoxib) und auch keines der verordneten Psychopharmaka (Antidepressivum Duloxetin, Antipsychotikum Risperidon) im Blut des Beschwerdeführers nachweisbar (vgl. A.S. 176). Diese Befunde stünden im Widerspruch zu den (bewussten) anamnestischen Angaben zur Medikamenteneinnahme. Da aber durchgängig alle untersuchten Medikamente (ausser dem Antibiotikum) nicht detektierbar gewesen seien, aber auch, soweit bestimmbar, keine Metaboliten zu den Medikamenten nachweisbar gewesen seien oder die Medikamente keine genügend lange biologische Halbwertszeit besäßen (betreffe insbesondere das Analgeticum), so dass diese hätten detektiert werden müssen, könne auch nicht von einer versehentlichen Fehleinnahme oder Vergessen der Medikamenteneinnahme ausgegangen werden. Diese somit auffallend geringe Inanspruchnahme der Schmerzbehandlung als auch die psychiatrische Therapie stünden somit in erheblichem Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer subjektiv angegebenen dauerhaft so hohen Beeinträchtigungen durch Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen.

5.5 Zur Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf äussert sich Dr. med. N.____ wie folgt (A.S. 192 ff.): Aufgrund des Unfalls vom 5. Oktober 2012 habe eine ca. vierwöchige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach habe der Beschwerdeführer die Arbeit wieder

aufgenommen, sogar in der angestammten Tätigkeit. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei erst im April 2014 durchgängig eingetreten, infolge der primär degenerativen Kniegelenkserkrankungen, welche nur linksseitig durch den Unfall 2012 teilweise als unfallkausal verstärkt zu bewerten seien. Der weitere Verlauf sei aber auch gekennzeichnet von operativen Massnahmen (Umstellungsosteotomie am 24. April 2014, nachfolgend septische Pseudoarthrose, nachfolgend Revisionsosteotomie am 30. März 2015, stationäre Rehabilitation in der Klinik Q.____ [Bericht vom Juli 2015], zuletzt auch Metallentfernung am 13. April 2016). Letztlich sei aufgrund dieser Kniegelenkpathologien eine weitere Tätigkeit in der angestammten, körperlich schweren Arbeit nicht möglich. Es sei somit ab April 2014 durchgängig und dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, was auch aktenkundig unstrittig sei. Jedoch sei auch dieser Sachverhalt nur teilweise durch den Unfall von 2012 begründet. Es seien hier eben auch erhebliche degenerative Vorzustände und somatische Belastungsfaktoren (insbesondere Beinachsenfehlstellung) von hoher Bedeutung. Der Beschwerdeverlauf sei aber auch gekennzeichnet von dysfunktionalem Verhaltensmustern und durch erhebliche Inkonsistenzen geprägt, welche auch in der Vergangenheit bereits überwiegend wahrscheinlich die medizinische und versicherungsmedizinische Bewertung sehr erschwert haben dürften. Der Beschwerdeführer sehe sich nach aktuellen Angaben zu keiner Arbeit in der Lage. Letztlich sei aber rückblickend das Ausmass der von ihm beschriebenen und gezeigten Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar. Es dürfe zumindest davon ausgegangen werden, dass nach Abklingen der postoperativ nach Revisionsosteotomie (F.____ vom 30. März 2015 [Suva-Nr. 117; E. I. 1.3 hiervor]) aufgetretenen lokalen Infektion unter Antibiotikagabe eine Besserung eingetreten sei. Am 20. April 2015 seien gemäss der F.____ anlässlich der damaligen Kontrolle auch die Entzündungsparameter nun im Normbereich gewesen. Im Austrittsbefund der Q.____ (Bericht vom 01.07.2015 [Suva-Nr. 142]) seien zum Untersuchungszeitpunkt morgens keine Schwellung, kein Kniegelenkserguss beschrieben worden, nur eine leichte Einschränkung der aktiven Kniegelenkbeweglichkeit mit Ext/Flex 0/0/100°, somit habe sich die Beweglichkeit im linken Knie auch objektiv verbessert. Zwar habe eine belastungsabhängige Schwellung des Kniegelenkes objektiviert werden können, es hätten sich aber zu keiner Zeit klinische Zeichen einer lokalen Entzündung gezeigt. Mindestens aus orthopädischer Sicht wäre rückblickend mit Abklingen der Entzündung (Kontrolluntersuchung F.____ vom April 2015 [Suva-Nr. 128]; Q.____ Bericht vom Juli 2015 [Suva-Nr. 142]), allfällig noch einer Restitutionszeit von ca. einem halben Jahr nach der zuletzt erfolgten Revisionsosteotomie von 30. März 2015, mithin also ab ca. Anfang Dezember 2015 von der aktuellen Bewertung der leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen, welche er mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bewerte (mit ganztägiger Präsenz bei vermehrter Gewährung von Entspannungs- und Ruhepausen, wobei 20 % immerhin ein zusätzliches Pausenkontingent von knapp 1¾ Stunden, zusätzlich zu den regulären Pausen, bedeute, was hinreichend sein sollte zur Kompensation zeitweiliger Reizzustände).

Das Zumutbarkeitsprofil umschreibt der orthopädische Gutachter folgendermassen (A.S. 182): Anhand des rein orthopädischen Befundes zeigten sich genügend Ressourcen, eine vorwiegend sitzende Tätigkeit auszuüben mit Belastung bis zu 10 kg. Im Rahmen dieser ganztägigen Tätigkeit sollten dem Beschwerdeführer aber genügend Spielräume angeboten werden zur Lockerung der Muskulatur sowie zur Entspannung. Vermieden werden sollten das Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 10 kg, rezidivierende Fehlhaltungen, Zwangshaltungen, sowie kniende und kauernde Tätigkeiten und solche auf Leitern und Gerüsten. Vor allem das Treppensteigen sollte unterlassen werden, des

Weiteren ruckartige Bewegungen und Vibrationen. Der Beschwerdeführer sollte keiner Kälte- und Nässeexposition ausgesetzt werden. Es sollte ihm ein ergonomischer Arbeitsplatz angeboten werden. Der Beschwerdeführer zeige ein erhebliches Vermeidungsverhalten. Er limitiere sich selbst. Anhand der orthopädischen Untersuchung hätten sich aber genügend Ressourcen gezeigt. Bei entsprechendem Muskelaufbau könnten auch eine weitere Verbesserung der Rumpfmuskulatur und der Muskulatur der Beine erreicht und damit auch eine bessere Belastbarkeit und Mobilität erzielt werden. Aus diesem Grund sollte dem Beschwerdeführer ein regelmässiges physiotherapeutisches Programm unter Anleitung angeboten werden. Er sollte angehalten werden, dies auch Zuhause nachzuvollziehen. Gegebenenfalls könne eine Wassertherapie hinzugefügt werden. Er sollte eine weiche Fussbettung erhalten zur Dämpfung, ggf. auch technische Versorgung zum Ausgleich der Beinachsenfehlstellung. Innerhalb des Zimmers sei er in der Lage, auch ohne Rollator zu gehen. Anhand des rein orthopädischen Befundes dürfte der Beschwerdeführer bei entsprechender Mitarbeit und muskulärem Aufbau auch von der Benutzung eines Rollators weitgehend entwöhnt werden können.

5.6 Zusammenfassend hält der Gutachter fest, das Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 habe zu einer erheblichen Kontusion des linken Beines geführt (A.S. 183). Als Folge seien Veränderungen im linken Kniegelenk radiologisch nachgewiesen worden, die in Zusammenhang mit dieser Kontusion stehen könnten und deshalb nicht ausschliessbar seien. Aus diesem Grund sei eine Kausalität der Verletzungsfolgen des linken Kniegelenkes vom 5. Oktober 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Hingegen könne ein Zusammenhang der Veränderungen des rechten Kniegelenkes als auch der Rückenbeschwerden mit den Unfallfolgen vom 5. Oktober 2012 nicht hergestellt werden.

5.7 Als unfallkausale Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Strassenbauarbeiter erachtet Dr. med. N.____ die folgenden (A.S. 183):

- Medialbetonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose links mit zum Teil symptomlosen freien Gelenkkörpern interkondylär nach einer Kontusion der linken Hüfte, des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkels bei vorbestehender 0-Bein-Fehlstellung und Überlastungsfolgen vom 5. Oktober 2012. Zustand nach Umstellungsosteotomie am 24. April 2014 und entwickelter septischer Pseudarthrose mit nachfolgender Revisionsosteotomie am 30. März 2015. Zustand nach Entfernung des Osteosynthesematerials nach kompletter knöcherner Konsolidierung der Osteotomie
- Muskelminderung des linken Beines im Vergleich zu rechts bei Rechtshändigkeit
- Belastungsabhängiger Reizzustand des linken Kniegelenkes mit geringer Funktionseinschränkung

Als nichtunfallkausale Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. med. N.____ die folgenden fest:

- Femorotibiale Chondropathie rechts mit Dominanz medial Grad III - IV sowie femoraler Chondropathie lateral Grad I und fissuraler tibialer Chondropathie medial Grad II bei vorbestehender 0-Bein-Fehlstellung mit komplexen Riss des Innenmeniskushinterhornes und Korpus mit nachfolgenden belastungsabhängigen Reizzuständen und Funktionseinschränkungen

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit mittelgradigen degenerativen Veränderungen mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen

Der Gutachter erachtet die angestammte Tätigkeit als Strassenbauarbeiter als dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar und attestiert ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2014. In einer gut angepassten Verweistätigkeit erachtet der Experte den Beschwerdeführer anhand des rein orthopädischen Befundes als 80 % arbeitsfähig mit einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit mit ganztägigem Pensum, dies retrospektiv ebenfalls ab April 2014.

6.

6.1 Der orthopädische Experte, Dr. med. N.____, erstattete seine Beurteilung gestützt auf die vollständigen Vorakten und eigene, umfassende Untersuchungen des Bewegungsapparates beim Beschwerdeführer, unter Einschluss aktueller bildgebender Aufnahmen beider Knie sowie der LWS. Die Angaben des Beschwerdeführers wurden einbezogen und in nachvollziehbarer, überzeugender Weise gewürdigt. Der Gutachter konfrontierte den Beschwerdeführer auch mit Erkenntnissen aus den Akten (bezüglich Sprunggelenksverletzung von 1998 [A.S. 169]). Zu den früheren ärztlichen, insbesondere orthopädischen und rheumatologischen Untersuchungen, Behandlungen und Einschätzungen nimmt der Experte Stellung, Abweichungen werden nachvollziehbar begründet. Er äussert sich auch zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und nimmt dabei Bezug auf medizinische Berichte aus den Vorakten. Seine Schlussfolgerung zur Kausalitätsfrage ist einleuchtend, ebenso die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % (in einer angepassten Verweistätigkeit) und das dazugehörige Tätigkeitsprofil. Das orthopädische Gutachten von Dr. med. N.____ wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen vollumfänglich gerecht (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Was die Bezifferung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, wenn er ausführt, der Gutachter beziffere die Einschränkung auf 36 %, indem er eine pensenmässige Arbeitsfähigkeit von 80 % und innerhalb dieses Pensums eine Leistungsreduktion von 20 % annehme (vgl. Plädoyernotizen S. 1 und 5 sowie das an der Verhandlung vom 13. August 2020 neu gestellte Eventualbegehren [Rechtsbegehren 2a, E. I. 11 hiervor]). Dem Gutachten lässt sich vielmehr mit aller wünschbaren Deutlichkeit entnehmen, dass der Experte eine angepasste Verweistätigkeit im Rahmen eines vollen zeitlichen Pensums mit um 20 % reduzierter Leistung (insbesondere wegen zusätzlichen Pausenbedarfs) als zumutbar erachtet.

6.2 Im Rahmen der gerichtlichen Urteilsberatung ergab sich allerdings insofern eine Unklarheit, als der Gutachter erklärt, «anhand des orthopädischen Befundes» ergebe sich die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer gut angepassten Verweistätigkeit. Da sich dem Gutachten entnehmen lässt, dass nur ein Teil des orthopädischen Befundes (nämlich die Beeinträchtigung am linken Knie, nicht dagegen die Beschwerden am rechten Knie und an der LWS) als unfallkausal zu gelten hat, wurde dem Experten eine entsprechende Ergänzungsfrage unterbreitet. Gemäss seiner Antwort vom 22. Oktober 2020 (A.S. 257 f.) wurden in der Einschätzung vorwiegend «die unfallbedingten degenerativen Veränderungen des linken Kniegelenks» berücksichtigt. Weiter legt Dr. med. N.____ dar, das Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 habe zu einer erheblichen Kontusion des linken Kniegelenks geführt. Als Folge seien im Kniegelenk eine erhebliche medialbetonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose bei zusätzlichen symptomlosen gelenkfremden Gelenkkörpern nach mehreren operativen Eingriffen verblieben mit nachfolgender

Muskelminderung des linken Beins und belastungsabhängigen Reizzuständen mit Funktionseinschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit von 80 % (ganztägige Präsenz mit um 20 % verminderter Leistungsfähigkeit) gelte auch, wenn einzig die Unfallfolgen am linken Knie betrachtet würden, ohne Berücksichtigung der nicht unfallbedingten degenerativen Veränderungen des rechten Kniegelenks und der Wirbelsäule. Damit ist die Frage des Gerichts klar beantwortet: Aus rein unfallkausaler Sicht ist die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit um 20 % vermindert. Das Gutachten kann damit als schlüssig gelten.

6.3 Zu prüfen bleibt, ob sich aus der übrigen Aktenlage Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens ergeben. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass von einem Gerichtsgutachten nur abzuweichen ist, wenn zwingende Gründe vorliegen (E. II. 3.5 hiervor). Stellungnahmen behandelnder Ärzte sind grundsätzlich nur dann geeignet, ein Gerichtsgutachten in Frage zu stellen, wenn sie Aspekte enthalten, die der Gerichtsgutachter übersehen oder nicht gewürdigt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2015 vom 30. November 2015 E. 1.2 mit Hinweis). Beide Parteien erheben aber inhaltliche Einwände gegen die Ausführungen des Gutachters.

6.3.1 Im Vergleich mit den früheren ärztlichen Stellungnahmen ist festzuhalten, dass sich die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens mit denjenigen des durch die IV-Stelle veranlassten polydisziplinären Expertise vom 9. Mai 2017 (IV-Nr. 85.1 ff.) vereinbaren lassen. Namentlich schätzte der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. AA.____ die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ■ unter Berücksichtigung aller somatischen Beeinträchtigungen ■ sogar auf «mindestens» 80 % (vgl. E. II. 4.21.1 hiervor). Differenzen bestehen zur Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. K.____ (vgl. E. II. 4.14 und 4.16), der von einer «ganztätigen» Zumutbarkeit spricht und damit offenbar nicht nur ein volles zeitliches Pensum, sondern auch eine volle Leistung meint (auch wenn das aus der verwendeten Formulierung so nicht zwingend hervorgeht), aber auch zur Beurteilung der behandelnden Ärzte, soweit sich diese explizit zur Arbeitsfähigkeit äussern (wobei sich die Abweichungen hier in erster Linie auf die Unfallkausalität der übrigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beziehen). Diese Differenzen bilden aber keinen Anlass für Zweifel an den Ergebnissen des Gerichtsgutachtens, zumal der Experte seine Einschätzung überzeugend begründet. Demgegenüber äussert sich der Kreisarzt Dr. med. K.____ zur Frage, ob innerhalb des zumutbaren Pensums eine Leistungsreduktion zu erwarten sei, gar nicht (jedenfalls nicht explizit). Die behandelnden Ärzte nehmen zur Frage, inwieweit aus der Verletzung des linken Knies für sich allein genommen eine Arbeitsunfähigkeit resultiere, ebenfalls nicht Stellung.

6.3.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die ergänzende Stellungnahme des Gutachters vom 22. Oktober 2020 sei insoweit nicht nachvollziehbar, als von «unfallbedingten degenerativen Veränderungen» und an anderer Stelle von «Unfallfolgen des linken Kniegelenks mit seinen erheblichen degenerativen Veränderungen» die Rede sei. Es trifft zu, dass der Experte das Wort «degenerativ» in einer etwas ungewohnten Weise verwendet. Aus dem Gutachten geht jedoch deutlich hervor, dass der Unfall für die Beeinträchtigungen am linken Knie zumindest eine Teilursache darstellt und allfällige vorbestehende degenerative Veränderungen jedenfalls zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, so dass sie nicht auszuschneiden sind, soweit der Rentenanspruch zur Diskussion steht (vgl. Art. 36 Abs. 2 UVG). Die Schlüssigkeit des Gutachtens und seiner Ergebnisse wird durch die genannte Formulierung nicht infrage

gestellt, auch wenn diese in der Tat ein wenig missverständlich ist.

6.3.3 Der Beschwerdeführer kritisiert, der Gutachter stütze sich bei der Feststellung, es habe vor Eintritt der Gesundheitsstörungen ein Vorzustand bestanden, nämlich eine erhebliche Prellung des rechten Sprunggelenks sowie Beschwerden in der Lendenwirbelsäule, einzig auf eine Notiz in den Akten (A.S. 221). Für die Bemerkung zur Lendenwirbelsäule gebe es keine beweiskräftigen Belege. Möglicherweise habe er sich im Jahr 1998 lediglich eine geringfügige Zerrung im Sprunggelenk zugezogen. Mit dieser Argumentation verkennt der Beschwerdeführer, dass der Gutachter seine diesbezüglichen Ausführungen und seine Beurteilung nicht einzig auf eine Notiz in den Akten stützt. Vielmehr wurde er durch die besagte Notiz auf die frühere Sprunggelenksverletzung aufmerksam und forderte daraufhin die entsprechenden Unterlagen an (S. 36 des Gutachtens [A.S. 169]). Aus diesen ging hervor, dass es sich bei der am 3. Dezember 1998 erlittenen Verletzung um eine erhebliche Prellung des rechten Sprunggelenks handelte mit einer fibulotalaren Bandläsion. Diese Verletzung wurde u.a. mittels Schiene und Stockentlastung behandelt. Es handelt sich hierbei also nicht um eine Beurteilung des Gutachters, vielmehr gibt dieser den Inhalt der angeforderten medizinischen Unterlagen wieder. Die Feststellung des Gutachters, der Beschwerdeführer habe diese frühere Verletzung verschwiegen und erklärt, er habe nie an entsprechenden Beschwerden gelitten, ist zutreffend und wird auch nicht bestritten. Ebenso verhält es sich, wenn der Gutachter in seiner Expertise festhält, der Beschwerdeführer habe sich ein Jahr später wieder in der Klinik vorgestellt mit weiterhin bestehenden Beschwerden und dabei auch Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule angegeben mit einer ausstrahlenden Symptomatik, so dass diese röntgenologisch abgeklärt worden seien. Ausserdem spricht der Umstand, dass die Schiene im Bereich des Sprunggelenks während sechs Wochen getragen werden musste und das Sprunggelenk nicht voll belastet werden durfte, gegen die Behauptung des Beschwerdeführers, es habe sich dabei um eine Lappalie gehandelt. Insgesamt vermag diese Kritik des Beschwerdeführers das Gutachten von Dr. med. N. ___ nicht in Zweifel zu ziehen. Es kommt hinzu, dass die Annahme eines Vorzustandes nur ein zusätzliches Begründungselement bildet, aber nicht entscheidend ist, nachdem der Gutachter an anderer Stelle zum Schluss kommt, es gebe keine medizinische Evidenz für den vom Beschwerdeführer postulierten Zusammenhang zwischen der Verletzung am linken Knie und den Beschwerden am rechten Knie.

6.3.4 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, der Gutachter tue die Feststellungen des qualifizierten und sehr anerkannten Facharztes Dr. med. T. ___, die Rückenschmerzen und Knieschmerzen rechts seien Folge des Unfalls (gem. Bericht vom 21. April 2016), ohne fachliche Begründung einfach ab (A.S. 222). Der Gutachter schreibe wörtlich, für diese Argumentation fehle medizinisch jede Grundlage und sie werde in der Regel von medizinischen Laien vorgebracht. Der Beschwerdeführer bezieht seine Rüge offenbar auf die Ausführungen auf S. 17 des Gutachtens (A.S. 150). Es handelt sich aber auch dabei nicht um die Stellungnahme des Gutachters und nicht um dessen Worte, sondern vielmehr um eine Zusammenfassung der kreisärztlichen Beurteilung vom 1. September 2016 (Suva-Nr. 271). Es ist somit der Kreisarzt der Beschwerdegegerin, der Kritik an der Beurteilung von Dr. med. T. ___ übt, nicht der Gutachter. Dieser gelangt allerdings seinerseits mit schlüssiger, überzeugender Begründung zum Ergebnis, jedenfalls im Fall des Beschwerdeführers bestehe die von Dr. med. T. ___ vermutete Kausalität nicht. Anzuführen bleibt, dass Dr. med. T. ___ als Facharzt für Anästhesiologie und als Praktischer Arzt mit

Weiterbildungen insbesondere in Interventioneller Schmerztherapie (vgl. www.medregom.ch) in Bezug auf Kausalitätsbeurteilungen nicht über dieselbe fachliche Qualifikation verfügt wie der durch das Gericht eingesetzte Gutachter.

6.3.5 Der Beschwerdeführer lässt weiter rügen, die Behauptungen des orthopädischen Gutachters zur psychischen Situation und zur damit verbundenen Therapie seien unzulässig und unbegründet (A.S. 222). Er verweist dazu auf S. 48 f. des Gutachtens. Seine Rüge ist jedoch unbegründet. Der Gutachter weist in seiner Expertise lediglich auf Inkonsistenzen hin. Er begründet diese mit der «auffallend geringen Inanspruchnahme der Schmerzbehandlung als auch der psychiatrischen Therapie» und bezieht sich auf den Umstand, dass sich die vom Beschwerdeführer erwähnten Medikamente (mit Ausnahme eines Antibiotikums) in seinem Blut nicht nachweisen liessen. Der Gutachter führt dazu aus, dies stehe in erheblichem Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer subjektiv angegebenen dauerhaft sehr hohen Beeinträchtigungen durch Schmerzen und das psychische Leiden. Weiter hält der Gutachter fest, angesichts dessen, dass auch die psychopharmakologischen Medikamente offensichtlich nicht oder nicht bestimmungsgemäss eingenommen würden, stelle sich die Frage nach der Bedeutung auch für die psychiatrische Bewertung. Dabei weist der Gutachter explizit darauf hin, dass dies fachfremd sei und durch ihn nicht beantwortet werden könne. Dieses auffällige dysfunktionale Verhalten sei aber für die medizinische und versicherungsmedizinische Bewertung auch aus orthopädischer Sicht mit retrospektiver Bewertung auch der unfallkausalen Zusammenhänge von Bedeutung und müsse deshalb im Gutachten erwähnt und von den objektiven Sachverhalten abgegrenzt werden. Aus diesen Erläuterungen wird deutlich, dass die diesbezüglichen Ausführungen in das Gutachten eingeflossen sind, weil der Gutachter sie für die medizinische Beurteilung als relevant erachtete, was er einleuchtend begründet. Schon gar nicht sind sie unzulässig.

6.3.6 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, der Gutachter habe die zentrale Frage der Begutachtung, nämlich die Frage nach der Kausalität der Veränderungen / Beschwerden für den Rücken und das rechte Kniegelenk, nicht oder dann völlig ungenügend abgeklärt und beantwortet. Er verweist dazu auf Seite 50 des Gutachtens. Der Beschwerdeführer wirft dem Gutachter vor, für seine Meinung bei der Beantwortung der Frage 5 keine Literatur angegeben zu haben. Die zusammenfassende Antwort des Gutachters auf Seite 57 des Gutachtens unten zeige, dass er die Fragestellung offenbar nicht richtig verstanden habe.

Es trifft zu, dass der Gutachter auf Seite 50 der Expertise die Unfallkausalität ohne entsprechende Literaturangabe verneint. Dr. med. N. ___ bringt jedoch, wie vom Gericht gewünscht, die entsprechende Literatur bei der Beantwortung der Frage 5 des Fragenkatalogs (Kausalitätsfrage) vor (Gutachten S. 55 ff.). Der Gutachter befasste sich eingehend mit der Kausalitätsfrage (sowohl mit Blick auf das linke als auch auf das rechte Knie und die Wirbelsäule) und äussert sich sehr umfassend dazu. Er begründet, weshalb die Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 und den Rückenbeschwerden zu verneinen ist. Namentlich hält er fest, erst gut zwei Jahre nach dem ersten Unfallereignis werde über zunehmende Wirbelsäulenbeschwerden geklagt. Die radiologische Untersuchung zeige aber bereits zunehmende degenerative Veränderungen mit Bandscheibenherniation, möglicherweise auch eine leichte Kompression der Nervenwurzel S1 links. Auch seien deutliche Facettengelenksarthrosen, speziell im unteren Abschnitt der Lendenwirbelsäule sichtbar. Anhand dieser Veränderung sei anzunehmen, dass diese schon längere Zeit bestanden hätten, zuvor aber ohne Probleme hätten kompensiert werden

können. Bei den degenerativen Veränderungen handle es sich eindeutig um keine traumatischen Strukturveränderungen. Auch für die Verneinung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 und dem rechten Knie enthält das Gutachten eine plausible Begründung. Er kommt zum Schluss, es handle sich auch am rechten Kniegelenk ausschliesslich um degenerative schicksalsbedingte Veränderungen, die ebenfalls nicht in Zusammenhang mit den Verletzungsfolgen des linken Kniegelenks gebracht werden könnten. Es handle sich um eine eigenständige Erkrankung, die zwar zur gleichen Zeit aufgetreten sei und durch eine angenommene somatoforme Schmerzstörung verstärkt worden sei. Weiter hält der Gutachter zur Kausalitätsfrage fest, einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen den Kniegelenksbeschwerden und den Wirbelsäulenbeschwerden gebe es bisher nicht, so dass keine Aussage rein statistisch gegeben werden könne. Auch in der neusten Literatur zur orthopädischen Begutachtung könnten keine statistischen Untersuchungen angeführt werden, die einen Zusammenhang zwischen degenerativen Veränderungen der Kniegelenke und Wirbelsäulendegenerationen herleiten könnten. Eine Gangbildveränderung reiche nicht aus, um diese Beschwerden zu erklären und vor allem einen Zusammenhang herzustellen. Inhaltlich, d.h. im Rahmen der orthopädischen Beurteilung (Gutachten S. 46 f. [A.S. 179 f.]) stützt sich Dr. med. N.____ ebenfalls immer wieder auf die beigezogene Literatur, namentlich auf das auch dem Gericht bekannte Standardwerk von Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, sowie die Publikation von Thomann/Schröter/Grosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 3. Auflage 2020. Der Gutachter schliesst die Beantwortung des Fragenkatalogs mit der Feststellung, ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen Kniegelenks- und Wirbelsäulenbeschwerden sowie Gangbildveränderungen mit Auswirkungen auf die Gegenextremität habe in der Literatur nicht gefunden werden können, und gibt die beigezogene Literatur an (Gutachten S. 61, Frage 13 [A.S. 194]). Insofern ist auch die vom Beschwerdeführer bezüglich der zu klärenden Kausalität erhobene Rüge unbegründet.

6.3.7 Für die Beurteilung der Streitfrage, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Knies und des Rückens in einen natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 zu stellen sind, kann somit vollumfänglich auf das Gutachten abgestützt werden. Entsprechend ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 und den Einschränkungen am linken Knie zu bejahen, bezüglich des rechten Knies sowie der Wirbelsäule hingegen zu verneinen. Die unfallkausale Beeinträchtigung am linken Knie führt zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Bauarbeiter. In einer gut adaptierten Verweistätigkeit besteht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (vollzeitliche Tätigkeit mit um 20 % reduzierter Leistung). Auch diese Einschätzung des Gutachters ist schlüssig und bildet eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

7. Umstritten ist weiter, ob die psychischen Beschwerden, aufgrund derer der Beschwerdeführer von der Invalidenversicherung eine ganze Rente erhält, in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 5. Oktober 2012 stehen.

7.1 Der Beschwerdeführer wurde im Bosnienkrieg verhaftet und war gemäss seinen Angaben 1991 für insgesamt 18 Monate an verschiedenen Orten in Haft (IV-Nr. 137 S. 18 f.). Gegenüber dem im IV-Verfahren eingesetzten psychiatrischen Gutachter, Dr. med. Z.____, berichtete er von schlimmen Erlebnissen und Erinnerungen. Nach dem Unfall 2012

sei alles wieder hochgekommen, alles habe seit dem Unfall angefangen. Von psychiatrischer Seite wird eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.2) bzw. eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (IV-Nr. 137 S. 36). Differenzialdiagnostisch wird eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Traumatisierung (ICD-10: F.62.0) genannt. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, der Unfall stehe insofern in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit der psychischen Symptomatik, als es erst mit der unfallbedingten Aufgabe der Erwerbstätigkeit zur Dekompensation gekommen sei. Diese Interpretation wird durch die fachärztlichen Stellungnahmen, insbesondere das Verlaufsgutachten von Dr. med. Z. ____, gestützt. Die Beschwerdegegnerin wendet allerdings aus rechtlicher Sicht ein, der Unfall habe lediglich eine Zufalls- oder Gelegenheitsursache dargestellt, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht ausreiche (vgl. dazu Irene Hofer, Basler Kommentar zum UVG, 2020, Art. 6 N 68, mit Hinweisen; kritisch zu dieser Argumentation: André Nabold, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2019, Art. 6 N 56). Diese Frage kann offenbleiben, da es, wie nachfolgend darzulegen ist, jedenfalls am adäquaten Kausalzusammenhang fehlt.

7.2 Wie dargelegt (E. II. 2.5 hiervor), ist der adäquate Kausalzusammenhang bei natürlich unfallkausalen, organisch nicht (hinreichend) ausgewiesenen Beschwerden separat zu prüfen. Anwendbar ist die mit BGE 115 V 133 begründete Praxis zur Adäquanzprüfung bei psychischen Unfallfolgen. Diese Praxis gilt nicht nur für psychische Fehlentwicklungen im engeren Sinn, sondern darüber hinaus auch für alle Fälle, in denen nicht organisch nachgewiesene Beschwerden bestehen, ohne dass die Voraussetzungen für die Anwendung der sogenannten «Schleudertrauma-Praxis» (BGE 117 V 359; 134 V 109) erfüllt sind (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 82 ff.). Entgegen der in der Replik vom 12. Januar 2018 vertretenen Auffassung (Replik S. 9; A.S. 85) ist nicht ersichtlich, warum diese Praxis für die hier zu beurteilenden psychischen Beschwerden nicht gelten sollte.

7.3

7.3.1 Damit ein adäquater Kausalzusammenhang bejaht werden kann, wird vorausgesetzt, dass dem Unfall für die Entstehung des psychischen Gesundheitsschadens eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Zur Beantwortung dieser Frage, werden die Unfälle rechtsprechungsgemäss in drei Kategorien eingeteilt: in banale bzw. leichte Unfälle einerseits, in schwere Unfälle andererseits und schliesslich in einen dazwischenliegenden mittleren Bereich. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden (BGE 115 V 139 ff.). Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischer Fehlentwicklung in der Regel zu bejahen. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychischer Schädigung ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten. Rechtsprechungsgemäss wird daher verlangt, dass weitere objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen und als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien gelten:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physischen Arbeitsunfähigkeit.

Ein Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen Unfall und psychischer Fehlentwicklung neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schweren Unfällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium ein besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychische Fehlentwicklung mitbegünstigt haben könnte (BGE 115 V 140 E. 6c).

7.3.2 Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359 mit Hinweisen). Als leichte Unfälle qualifiziert werden beispielsweise «gewöhnliche» Stürze sowie ein geringfügiges Aufschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses (Irene Hofer, Basler Kommentar zum UVG, 2020, Art. 6 N 87). Die folgenden Ereignisse wurden ebenfalls den leichten Unfällen zugeordnet: Ein Treppensturz mit Radius- und Jochbogenfraktur sowie einer Kontusion des Beins und der Lendenwirbelsäule; Stolpern und Sturz auf einer Strasse und Aufschlagen mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden; Ausrutschen auf einer Eisfläche, Sturz auf den Rücken und Aufprall mit dem Kopf auf dem Boden; Anschlagen des Kopfes an einem Beton-Unterzug; Sturz auf den Rücken mit Anschlagen des Kopfes am Boden (vgl. zu diesen Unfallhergängen die Zusammenstellung im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 83/05 vom 1. Juni 2006 E. 3.1). Den leichten Unfällen zuzuordnen waren auch ein Ausrutschen auf einer vereisten Treppe mit Sturz auf die linke Körperseite (Urteil des Bundesgerichts 8C_275/2008 vom 2. Dezember 2008 E. 3.2), zwei nicht näher beschriebene Stürze auf einer Treppe (Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2009 vom 28. September 2009) und ein Sturz beim Gehen mit einem Gewicht in den Händen (Urteil des Bundesgerichts 8C_788/2015 vom 10. März 2016 E. 4). In der Regel wurden Treppenstürze allerdings als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (Urteil des Bundesgerichts 8C_899/2013 vom 15. Mai 2014 E. 5.1.2).

7.3.3 Über den Hergang des Ereignisses vom 5. Oktober 2012 ist den Akten zu entnehmen (vgl. insbesondere die ausführliche, durch den Beschwerdeführer unterzeichnete Schilderung vom 8. Oktober 2014, Suva-Nr. 76), dass der Beschwerdeführer auf der Baustelle «» in [...] zusammen mit zwei Arbeitskollegen damit beschäftigt war, einen abgehängten Einachskompressor zu verschieben. Der Beschwerdeführer befand sich vorne an der Deichsel des Kompressors und steuerte diesen, während die beiden Arbeitskollegen das Gerät stiessen. Der Kompressor musste auf einer Brücke über einen mehrere Zentimeter hohen Absatz bewegt werden. Als dies gelang, wurde die Deichsel dem Beschwerdeführer aus den Händen gerissen. Das Ende der Deichsel schlug an die Aussenseite des linken Knies. Der Beschwerdeführer kam dabei zu Fall, gemäss seinen Angaben wurde er zwei Meter weit weggeschleudert und schlug dort mit der rechten Körperseite auf dem Boden auf. Dieses Ereignis lässt sich mit einzelnen der vorstehend erwähnten Unfälle, die als leicht qualifiziert wurden, vergleichen. Es hat daher als leichter Unfall im Sinne der Rechtsprechung zu gelten. Dies führt zur Verneinung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs.

7.3.4 Selbst wenn man, entgegen dem Gesagten, von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten ausgeht, ergibt sich kein anderes Resultat. Die Adäquanz wäre diesfalls zu bejahen, wenn vier der massgebenden Kriterien erfüllt sind (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 92; Nabold, a.a.O., Art. 6 N 70, je mit Hinweisen). So verhält es sich hier nicht:

Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Selbst wenn man davon ausgeht, der Beschwerdeführer sei, wie von ihm behauptet, durch den Schlag an das linke Knie zwei Meter weit weggeschleudert worden, wäre dies nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich zu betrachten (bejaht wurde das Kriterium etwa bei einem Motorradunfall, bei dem die versicherte Person und ihr Freund rund zehn Meter durch die Luft geschleudert wurden [Urteil des Bundesgerichts 8C_134/2015 vom 14. September 2015 E. 5.3.2]). Die erlittenen Verletzungen am linken Knie waren weder von ihrer Schwere oder Art her in besonderer Weise geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Nach den Darlegungen des Gutachters Dr. med. Z.____ (vgl. E. II. 4.22.2 hiervor) ist vielmehr davon auszugehen, dass nicht das Unfallereignis oder das Unfallerlebnis, sondern die dadurch bewirkte Arbeitsunfähigkeit im Sinne eines «Triggers» zum Ausbruch der psychischen Störung führte, welche ihrerseits primär auf frühere Erlebnisse zurückgeht. Der Unfall und die dabei erlittenen Verletzungen waren demnach gleichsam ein austauschbares Ereignis; eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder ein sonstwie bewirkter Arbeitsunterbruch hätte sich, so muss man aus dem Gutachten schliessen, in vergleichbarer Weise ausgewirkt. Auch eine ärztliche Fehlbehandlung fand nicht statt. Der Beschwerdeführer war nach dem Unfallereignis für mehrere Wochen arbeitsunfähig. Im Anschluss hat der Beschwerdeführer seine Arbeit wiederaufgenommen. Gemäss orthopädischem Gutachten ist die durchgängige 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im April 2014 eingetreten, seither besteht in einer angepassten Verweistätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Damit ist auch das Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts U 479/05 vom 6. Februar 2007 E. 8.6.1). Trotz des Behandlungsunterbruchs von Ende 2012 bis Frühjahr 2014 macht der Beschwerdeführer eigentlich durchgehend Schmerzen im Knie links geltend. Die Schmerzen treten aber hauptsächlich unter Belastung auf und nicht im Ruhezustand (vgl. Gutachten S. 52 f., Antwort auf Frage 1 [A.S. 185 f.]). Zudem bestehen

mit Blick auf die gutachterliche Beurteilung erhebliche Zweifel an der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzintensität; jedenfalls kann diese nur teilweise durch die organisch nachweisbaren Befunde erklärt werden. Daher ist auch das Kriterium des körperlichen Dauerschmerzes nicht als erfüllt anzusehen. Ebenso wenig kann, wenn ausschliesslich die somatisch nachweisbaren Aspekte einbezogen werden, von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 5. Oktober 2012 und dem psychischen Störungsbild ist daher zu verneinen. Für die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung sind ausschliesslich die organisch nachweisbaren Aspekte zu berücksichtigen.

8.

8.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. November 2016, massgebend (BGE 128 V 174; 129 V 222). Was die medizinischen Grundlagen anbelangt, ist auf das beweiskräftige orthopädischen Gerichtsgutachten von Dr. med. N. ___ abzustellen. Danach besteht in einer angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. In zeitlicher Hinsicht ist ein ganztägiges Pensum möglich; die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus der um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit.

8.2 Das Valideneinkommen von CHF 76'920.00 (inkl. Zulagen) stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Suva-Nr. 267, 280). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

8.3

8.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 7. Juni 2017 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2014. Gemäss LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer auf CHF 5'312.00. Nach Hochrechnung dieses Betrags, der 40 Wochenstunden entspricht, auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie Anpassung an die Lohnentwicklung von 2014 (Indexwert 103,2; Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle 1.1.10) auf 2016 (Indexwert 104,1) resultiert ein Verdienst von CHF 5'586.00 pro Monat oder CHF 67'032.00 pro Jahr. Angepasst an die Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 53'626.00.

8.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im

Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid einen Abzug von 15 % berücksichtigt, um den unfallbedingten Einschränkungen Rechnung zu tragen (vgl. A.S. 16). Nun macht sie geltend, falls auf die vom Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 20 % abgestellt werde, sei der Abzug angemessen herabzusetzen (Eingabe vom 18. Februar 2020, A.S. 209) respektive es rechtfertige sich kein Tabellenlohnabzug, da die unfallbedingten Einschränkungen nunmehr in der Arbeitsunfähigkeit enthalten seien (vgl. Stellungnahme vom 10. November 2020, A.S. 263).

Der orthopädische Gutachter formuliert in seiner Expertise ein Tätigkeitsprofil. Danach sind dem Beschwerdeführer vorwiegend sitzende, leichte Arbeiten mit Gewichtsbelastungen bis 10 kg in rückenschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen an einem ergonomischen Arbeitsplatz zumutbar. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg in Zwangshaltungen; das Besteigen von Treppen oder Leitern sowie repetitives Treppensteigen; kniende, kauernde oder bückende Tätigkeiten; ruckartige Bewegungen, Vibrationen und Rotation (Gutachten S. 58, A.S. 191). Diese Einschränkungen sind nicht derart umfassend, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Der verminderten Leistungsfähigkeit wird durch die Arbeitsunfähigkeit von 20 % Rechnung getragen; sie kann deshalb bei der Bemessung des Tabellenlohnabzugs nicht nochmals berücksichtigt werden. Der Beschwerdeführer verfügt über die Niederlassungsbewilligung, was unter dem Aspekt des Aufenthaltsstatus im Vergleich mit dem Totalwert ebenfalls keine Lohneinbusse erwarten lässt. Dasselbe gilt für das Lebensalter von 49 Jahren bei Rentenbeginn. Der Teilzeitaspekt entfällt, da der Beschwerdeführer laut dem Ergebnis des Gerichtsgutachtens vollzeitlich (mit einer um 20 % verminderten Arbeitsleistung) erwerbstätig sein kann. Ebenso bildet der Umstand, dass eine versicherte Person nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Da die leidensbedingte Einschränkung im engeren Sinn bereits durch die Arbeitsunfähigkeit von 20 % erfasst ist und deshalb beim Abzug nicht nochmals berücksichtigt werden darf, besteht keine Grundlage für einen Tabellenlohnabzug. Das Invalideneinkommen entspricht somit dem aus der LSE abgeleiteten Betrag von CHF 53'626.00.

8.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 76'920.00) und Invalideneinkommen (CHF 53'626.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 30 %. Der Beschwerdeführer hat ab 1. November 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn (Erhöhung des Rentenanspruchs von 26 % auf 30 %) teilweise gutzuheissen.

9. Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, die ihm zugesprochene Integritätsentschädigung von 5 % sei zu tief. Er verlangt die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung von 100 %.

9.1

9.1.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen.

9.1.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

9.1.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1-16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter www.suva.ch). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c).

9.1.4 Gemäss Art. 36 Abs. 2 Satz 1 UVG werden die Invalidenrenten, die Integritätsentschädigung und die Hinterlassenenleistungen angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise die Folge eines Unfalles ist. Laut Satz 2 derselben Bestimmung werden dabei Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, nicht berücksichtigt. Diese Einschränkung der Kürzungsmöglichkeit gilt jedoch nur für Renten und nicht für die Integritätsentschädigung, weil sich das verwendete Kriterium der Erwerbsfähigkeit einzig auf Invalidenrenten beziehen kann (BGE 113 V 54 E. 2 S. 58 f.).

9.2 Vorab ist festzuhalten, dass die psychische Beeinträchtigung nach dem vorstehend Gesagten (E. II. 7 hiuvor) in keinem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2012 steht. Deshalb besteht dafür von vornherein kein

Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Dasselbe gilt für die als nicht unfallkausal anzusehenden Beschwerden am rechten Knie und am Rücken, insbesondere der Lendenwirbelsäule. Es stellt sich daher einzig die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Integritätsentschädigung für die unfallkausale Beeinträchtigung am linken Knie zu Recht auf 5 % bemessen hat.

9.3

9.3.1 Die Zusprechung einer Integritätsentschädigung von 5 % stützte sich auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. K.____ vom 25. Juli 2016 (Suva-Nr. 246). Der Kreisarzt führte aus, bei einer femorotibialen Arthrose mässigen Grades bestehe Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 5 - 15 %. Vorbestehend sei ein ausgeprägter Schaden medial, der zur durchgeführten Valgisationsosteotomie geführt habe (vgl. E. I. 1.3 hiervor; Suva-Nr. 38). Für diesen Schaden würden 10 % abgezogen, so dass eine Integritätsentschädigung von 5 % verbleibe.

9.3.2 Der durch das Gericht bestellte orthopädische Gutachter Dr. med. N.____ hält in seiner Expertise fest, auch am linken Knie sei von einem degenerativen Vorschaden auszugehen; das Unfallereignis sei auf ein vorgeschädigtes linkes Knie getroffen (Gutachten Seite 58 f. [A.S. 191 f.]). Die aktuell deutlichen Veränderungen und in deren Folge die Funktionseinschränkungen seien somit nicht gänzlich dem Unfallereignis zuzuschreiben, aber auch nicht nur der degenerativen Vorschädigung. Es seien im Verlauf auch wegen der degenerativen, anfangs leichten Femoropatellararthrose operative Behandlungsmassnahmen durchgeführt worden zur Korrektur der Kniegelenkachsen, diese Beinachsenfehlstellung sei aber auch als Vorzustand zu bewerten. Zwischenzeitlich habe das Ausmass der Gonarthrose zwar zugenommen, es sei neu auch ein freier (derzeit nicht symptomatischer) Gelenkkörper feststellbar. Grundlage für die Integritätsentschädigungsbewertung sei die Suva-Tabelle 5.2, welche bei mässiger Femorotibialarthrose einen Integritätsentschädigungsgrad von 5 bis 15 % vorsehe, bei schweren Arthrosen 15 bis 30 %. Er erachte den Anteil unfallfremder Faktoren bei ca. 2/3 zu 1/3 unfallkausaler Anteile. Es sei von einem Schweregrad mässig bis schwergradig, also im Schnittpunkt 15 %, auszugehen. Die Bewertung der Beschwerdegegnerin mit einem Integritätsschaden von 5 % wäre damit, so der Gutachter weiter, «zulasten der unfallkausalen Ursachen unzutreffend» (Gutachten S. 59 oben).

9.4 Der Gerichtsgutachter geht also, insoweit übereinstimmend mit dem Kreisarzt Dr. med. K.____, davon aus, die Beeinträchtigungen am linken Knie entsprächen einer Femorotibial-Arthrose gemäss Tabelle 5, Ziffer 5.2, und ergäben gesamthaft eine Integritätsentschädigung von 15 %, wobei die unfallfremden Anteile 10 % oder zwei Drittel ausmachten. Dies führt rechnerisch zu einer Integritätsentschädigung von 5 %. Die Überlegungen des Gutachters (Integritätsentschädigung gemäss Tabelle 5.2 von 15 %, davon 1/3 unfallkausaler Anteil) führen somit genau zum Ergebnis gemäss Einspracheentscheid, nämlich 5 %. Es ist davon auszugehen, dass es sich beim letzten zitierten Wort («unzutreffend») um einen Verschieb handelt und stattdessen «zutreffend» stehen sollte, denn es ist nicht erkennbar, wie man auf der Basis der gutachterlichen Ausführungen zu einem anderen Resultat gelangen könnte.

9.5 Inhaltlich sind die zitierten Ausführungen von Dr. med. N.____ nachvollziehbar und überzeugend. Die Tabelle 5, Ziffer 5.2 «Integritätsschaden bei Arthrosen» in der Fassung gemäss der Revision von 2011 sieht bei einer Femorotibial-Arthrose eine Integritätsentschädigung von 5 - 15 % vor, wenn die Arthrose als mässig einzustufen ist,

und eine solche von 15 - 30 %, wenn die Arthrose als schwer zu gelten hat. Wenn der Gutachter wie bereits zuvor der Kreisarzt Dr. med. K. ___ zum Ergebnis gelangt, die beim Beschwerdeführer gegebene Beeinträchtigung entspreche einer Schädigung an der Grenze zwischen mässiger und schwerer Arthrose, besteht kein Anlass, davon abzuweichen. Dasselbe gilt für die ■ ebenfalls mit dem Kreisarzt übereinstimmende ■ Gewichtung der unfallfremden Anteile mit 2/3. Wie erwähnt, ist bei der Integritätsentschädigung, anders als bei der Invalidenrente, eine Kürzung wegen unfallfremder Anteile zulässig, da sich Art. 36 Abs. 2 Satz 2 UVG nicht auf diese Leistungsart bezieht (vgl. E. II. 9.1.4 hiervor). Damit ergibt sich eine Integritätsentschädigung von 5 %, wie sie dem Beschwerdeführer mit dem angefochtenen Einspracheentscheid zugesprochen wurde. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

10.

10.1 Die obsiegende Beschwerde führende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand des Rechtsvertreters erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer obsiegt im Rentenpunkt teilweise, wenn auch, gemessen am Hauptbegehren, es sei ihm eine Invalidenrente von 100 % zuzusprechen, in geringem Umfang. Er unterliegt in Bezug auf die Integritätsentschädigung.

10.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 26. Februar 2018 eine Kostennote eingereicht, welche einen Aufwand von 22 Stunden und Auslagen von CHF 229.75 ausweist (A.S. 99). An der Verhandlung vom 13. August 2020 reichte er keine Honorarnote ein und stellte die Bemessung der Parteientschädigung in das Ermessen des Gerichts (vgl. Verhandlungsprotokoll, A.S. 240). Auch der Antrag in der letzten Eingabe vom 18. November 2020 lautet auf Zusprechung einer angemessenen Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts (A.S. 265). Nach dem 26. Februar 2018 liess der Beschwerdeführer ■ neben Fristerstreckungsgesuchen und Kurzschreiben ■ noch die Eingaben vom 6. Juni 2019 (A.S. 103 ff.), 10. September 2019 (A.S. 122 ff.), 29. Oktober 2019 (A.S. 130 f.), 15. Mai 2020 (A.S. 220 ff.), 12. Juni 2020 (A.S. 231), 16. September 2020 (A.S. 249 f.) sowie 18. November 2020 (A.S. 264 ff.) zukommen. Hinzu kamen insbesondere das Studium des Gerichtsgutachtens sowie die Teilnahme an der Verhandlung vom 13. August 2020 mit Vorbereitung, Hin- und Rückfahrt. Es lässt sich aber nicht übersehen, dass der deutlich überwiegende Teil des Aufwands auf die Aspekte entfiel, welche keinen Zusammenhang mit der teilweisen Gutheissung hatten (insbesondere die psychische Symptomatik, die Unfallkausalität der Beeinträchtigungen am rechten Knie und der Lendenwirbelsäule sowie die Integritätsentschädigung). Das weitergehende Rechtsbegehren hat somit den Aufwand erheblich erhöht. Ein gewisser, nicht ganz geringer Aufwand wäre aber auch ohne das weitergehende Rechtsbegehren angefallen. Unter Berücksichtigung sämtlicher Gesichtspunkte erscheint es als angemessen, einen Aufwand von 17 Stunden (bei einem Stundenansatz von CHF 230.00) und Auslagen von CHF 300.00 zu entschädigen. Mit der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 4'534.00.

10.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn ein Zusammenhang zwischen einem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung

und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht. Dies ist namentlich der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat sowie wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6 S. 75 ff. mit Hinweisen; BGE 143 V 269 E. 3.3 S. 273 f. und E. 6.2 S. 279 f.). Dies trifft hier zu: Eine zentrale Frage betraf die Unfallkausalität der Beschwerden am rechten Knie und am Rücken, insbesondere der Lendenwirbelsäule. Behandelnde Ärzte gingen davon aus, es bestehe ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der unfallbedingten Schädigung am linken Knie, der daraus resultierenden Fehlhaltung und -belastung und den in der Folge aufgetretenen Befunden an der Gegenextremität und am Rücken. Die Kreisärzte Dr. med. H.____ und Dr. med. K.____ verneinten diese Möglichkeit und erklärten, es gebe keine medizinische Evidenz für einen solchen Zusammenhang, ohne dies aber näher ■ etwa unter Bezugnahme auf konkrete medizinische Lehrmeinungen ■ zu konkretisieren. Dagegen hielt der von der IV-Stelle beauftragte rheumatologische Teilgutachter Dr. med. AA.____ fest, es sei möglich, dass die Störung im linken Kniegelenk die Veränderungen im unteren Achsenskelett ungünstig beeinflusst habe (vgl. E. II. 4.21.1 hiervor). Dem Gericht ist auch aus anderen Verfahren bekannt, dass zahlreiche Ärzte die Annahme eines solchen Kausalzusammenhangs als durchaus möglich ansehen. Daher liess es sich nicht umgehen, diese Frage durch ein Gerichtsgutachten zu klären. Dessen Kosten von CHF 7'393.15 und diejenigen der ergänzenden Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 von CHF 728.05, total CHF 8'121.20, sind daher der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

10.4 In Beschwerdeverfahren betreffend die obligatorische Unfallversicherung sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

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