

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.227 vom 19. August 2019**

SO Obergericht, 2019-08-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.227](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.227)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.227 du 19 août 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.227 del 19 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 19. August 2019 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

1.3 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren sind die Folgen des Ereignisses vom 14. September 2016 zu beurteilen. Es bleibt somit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar.

### **E. 1.3**

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren sind die Folgen des Ereignisses vom 14. September 2016 zu beurteilen. Es bleibt somit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar. 2.

### **E. 2**

2.1 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).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit,

soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C\_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.5 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; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

2.6 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).

2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 2.1**

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). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C\_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blossе Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können.

Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.5 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; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

2.6 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).

2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die

entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis). 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 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 der 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\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). 3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). 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. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64f.; 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 19. August 2019 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen und den Integritätsschaden zu Recht auf 25 % festgesetzt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 4.1 Am 4. Oktober 2016 erging der Operationsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 13). Als Hauptdiagnose wurde eine «Tibia-kopfluxationsfraktur

rechts Typ II nach Moore» gestellt. Der Beschwerdeführer habe am 14. September 2016 als Motorradfahrer einen Verkehrsunfall erlitten, als er wegen einem Auto abrupte abbremsen müssen. Er habe einen Sturz vom Motorrad erlitten und sich eine Distorsion des rechten Knies zugezogen. Es sei die notfallmässige Einlieferung auf die Notfallstation erfolgt. Gleichentags sei eine geschlossene Frakturposition erfolgt und ein kniegelenksüberbrückender Fixateur externe angelegt worden. Im weiteren Verlauf habe sich eine massive Untergelenksschwellung gezeigt, allerdings ohne Hinweis auf ein Kompartment-Syndrom. Es hätten sich mehrere grössere Spannungsblasen gebildet. Diese hätten anschliessend abgetragen werden können. Bei Erholung des Integuments und Abschwellung der Weichteile habe die definitive Osteosynthese für den 29. September 2016 geplant werden können. In der Computertomografie hätten sich eine mehrfragmentäre, medialisitige, monokondyläre Tibiakopffraktur mit Beteiligung der Eminentia intercondylaris und eine postero-mediale, kleinflächige Spaltimpressionsfraktur gezeigt.

4.2 Am 25. Oktober 2016 erging ein weiterer Operationsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ mit Operationsdatum vom 13. Oktober 2016 (Suva-Nr. 27). Als Hauptdiagnose wurde ein «postoperativer Frühinfekt mit septischer Gonarthrit Stadium II nach Gächter rechts» gestellt und ausgeführt, nach dem Eingriff am 29. September 2016 habe sich initial in den ersten Tagen eine seröse Sekretion im distalen Bereich des anterioren Zuganges gezeigt, wo nun trockene und reizlose Verhältnisse herrschten. Im Bereiche der postero-medialen Wunde sei am 12. Oktober 2016 eine deutliche Wundrötung sowie eine eitrig-sekretorische Sekretion aus der Wunde aufgefallen. Labormässig habe sich eine Leukozytose von 15'000 bei einem CRP-Wert von 150 mg/l gezeigt. Es sei somit die Indikation zur diagnostischen Kniegelenksarthroskopie und ggf. Kniegelenksspülung sowie zur Wundrevision, Débridement und Biopsie-Entnahme im Bereich der postero-medialen Wunde gestellt worden.

4.3 Dem Austrittsbericht vom 4. November 2016 des Spitals F.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 37) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 14. September bis 3. November 2016 hospitalisiert war. Folgende Diagnosen wurden gestellt: Hauptdiagnosen Tibiakopffraktur rechts Moore II (A0 41-B1.3) Diagnosen im Verlauf Osteosynthesematerial-assoziiertes Frühinfekt rechts mit septischer Gonarthrit am 13. Oktober 2016 (S. lugdunensis) Nebendiagnosen Adipositas Grad III nach WHO (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>) Weiter wurde ausgeführt, es sei die stationäre Aufnahme zur geschlossenen Reposition und Anlage eines kniegelenksüberbrückenden Fixateurs externe rechts am 14. September 2016 erfolgt. Postoperativ hätten sich ausgeprägte, teilweise eingekapselte Spannungsblasen über dem ventralen Unterschenkel entwickelt, welche abgetragen worden seien. Die Kompartmentüberwachung sei stets unauffällig gewesen. Die Hyposensibilität im Bereich des Unterschenkels habe sich nach einigen Tagen komplett zurückgebildet. Nach ausreichender Abschwellung und weiterer computertomographischer Abklärung der Fraktur sei am 29. September 2016 die Osteosynthese mit Refixation der Menisci und des ossären VKB-Ausrisses durchgeführt worden. Postoperativ habe sich eine korrekte Reposition mit achsengerechten Stellungsverhältnissen gezeigt. Im weiteren Verlauf habe eine blutig-seröse Sekretion im Bereich der anterioren Operationswunde persistiert. Die Sekretion sei im Verlauf durch komprimierende Massnahmen sistiert worden. Am 12. Oktober 2016 habe sich spontan eitriges Sekret im Bereich des poplitealen Zuganges entleert, sodass die Indikation zur Spülung des Kniegelenks und zur Revision der poplitealen Wunde gestellt worden sei. Hierbei habe sich der Verdacht einer septischen Gonarthrit sowie eines Osteosynthese-assoziierten Infektes popliteal bestätigt. Nach Entnahme von Biopsien sei eine präemptive parenterale Antibiotikatherapie mit

Amoxicillin/Clavulansäure begonnen worden. Aufgrund mikrobiologischem Nachweis von Staphylococcus lugdunensis sei die parenterale antibiotische Therapie nach Rücksprache mit den Kollegen der Infektiologie resistenzgerecht auf Floxapen umgestellt worden. Wegen stagnierender laborchemischer Infektparameter, bei sonst regelrechten Wundverhältnissen, sei am 20. Oktober 2016 eine erneute arthroskopische Kniegelenksspülung durchgeführt worden, wobei sich eine Besserung des Lokalbefundes gezeigt habe. Zusätzlich sei eine gelockerte Zugschraube im Bereich des medialen Tibiaplateaus refixiert worden. In der Gelenksflüssigkeit sei erneut Staphylococcus lugdunensis nachgewiesen worden, worauf die parenterale antibiotische Therapie bis zum 3. November 2016 verabreicht worden sei. Im weiteren Verlauf seien die laborchemischen Infektparameter kontinuierlich rückläufig geworden. Bei trockenen Wundverhältnissen sei die parenterale Antibiotikatherapie am 3. November 2016 auf eine orale Therapie mit Tavanic und Rifampicin umgestellt worden. Das Nahtmaterial sei bereits entfernt worden. Der Beschwerdeführer sei am 3. November 2016 in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden. Für die Zeit vom 14. September 2016 bis 8. Januar 2017 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

4.4 In der ärztlichen Beurteilung vom 11. November 2016 (Suva-Nr. 30) führte der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, aus, es handle sich um eine sehr schwere Knieverletzung, die operativ nicht vollständig wiederhergestellt werden könne. Jetzt habe sich noch eine Komplikation durch einen Infekt ergeben. Die Festlegung der weiteren Behandlung durch die Operateure sei wichtig, es sei der Verlauf abzuwarten. Die Prognose sei schlecht. Durch den Infekt sei keine Aussage zur Dauer der Behandlung möglich. Die Rückkehr in eine dauerhaft stehende Tätigkeit werde wahrscheinlich nicht möglich sein.

4.5 Dem ambulanten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Spital F.\_\_\_\_, vom 24. Februar 2017 (Suva-Nr. 77) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Osteosynthesematerial-assoziiertes Frühinfekt Knie rechts mit/bei · St. n. Kniegelenksarthroskopie, Spülung, Débridement sowie Revision postero-medial mit Débridement und Jet-Lavage sowie Primärverschluss am 13. Oktober 2016 · Offener Reposition, Osteosynthese mit Zugschrauben 2,7 und 3,5, transtibiale Refixation mit FiberTape des ossären VKB-Ausrisses tibial, transtibiale Refixation des Aussenmeniskusvorderhorns und Hinterhornausrisses, Naht des Innenmeniskushinterhorns und Abstützplattenosteosynthese posteromedial mit 2,4 distaler Radius-LCP VA am 29. September 2016 bei Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore · St. n. Kniegelenksarthroskopie, Spülung und Débridement, Revision der mediolateralen Zugschraube am 20. Oktober 2016 Aktuell Bewegungsdefizit (DD beginnende Arthrofibrose) Angesichts der noch vorhandenen Verbesserungsmöglichkeit mit letztmaliger Konsultation vor acht Wochen und jetzt Verbesserung der Beugefähigkeit um weitere 10° werde der Beschwerdeführer nun zu 50 % für zwei Wochen einen Arbeitsantritt probieren. Nachfolgend sei nach zwei bis drei Wochen eine weitere Arbeitssteigerung auf 100 % geplant. Aktuell sähen sie bei ansonsten funktionierendem Beschwerdeführer und momentaner Beschwerdefreiheit von einer arthroskopischen Arthrolyse ab und würden sehen, wie der Beschwerdeführer nun bei der Arbeit zurechtkomme. Eine weitere klinische und radiologische Kontrolle sei in sechs bis acht Wochen geplant.

4.6 In seinem Schreiben vom 27. April 2017 (Suva-Nr. 82) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, er werde den Beschwerdeführer erneut zu einer Sprechstunde sehen. Aktuell bitte er um Anpassung des Arbeitsplatzes und eventuell entsprechende Schonung. Insgesamt gehe er davon aus, dass der Beschwerdeführer eine Chance habe, wieder

körperlich zu arbeiten, aber wahrscheinlich nicht mit der ganz gleichen Belastung wie zuvor. Allenfalls seien auch noch weitere Eingriffe nötig und längerfristig werde der Beschwerdeführer mit einer Arthrose in diesem Knie enden. Von daher müsse sicherlich eine Anpassung des Arbeitsplatzes in Betracht gezogen werden. Am 30. Mai 2017 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_ über die gleichentags stattgefundenene Sprechstunde (Suva-Nr. 92). Er hielt fest, insgesamt handle es sich eigentlich um einen mit der Situation zufriedenen Beschwerdeführer bei noch nicht vollständig wiederhergestellter Beweglichkeit. Laut Physiotherapie kämen sie da gut zurecht und hätten auch gute Chancen, dass sie da noch weiterkämen. Seines Erachtens sei es jetzt schon etwas lang her, aber er denke, bei zufriedenen Beschwerdeführer gebe es für ihn chirurgisch nichts zu tun. Wichtig sei, dass der Beschwerdeführer nicht weiter Gewicht aufbaue, sondern versuche, Richtung Normalgewicht zu kommen, um die Belastung für das verletzte Knie möglichst zu reduzieren. Die Situation einer körperlichen Arbeit sei für den Beschwerdeführer sicherlich nicht wirklich ideal, bei Übergewicht und heftigster Knieverletzung bei Tibiakopfluxationsfraktur mit komplikativem Verlauf. Das werde mittelfristig zu Problemen führen. Allerdings habe er das Gefühl, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich nur mässig einsichtig sei. Er empfehle aber, dass man ihn in diese Richtung weiter beraten und schauen solle, wie man ihn dort einsetzen könne. Über allfällige Umschulungsmöglichkeiten müssten wohl andere Instanzen mitentscheiden und der Beschwerdeführer sehe seine Kompetenzen wahrscheinlich eher bei körperlichen Tätigkeiten. Aktuell sei er zu 100 % arbeitsfähig, sollte aber die Zeit haben, mindestens zweimal pro Woche intensiv Physiotherapie zu betreiben. Des Weiteren solle er auch tägliches selbstständiges Training durchführen, jetzt insbesondere mit dem Ziel des Kraftaufbaus, speziell des Quadriceps, um auch in der Extension vollständig zu stabilisieren. Wichtig sei zudem eine Verbesserung des Gangbildes; dort könnte er mit entsprechender Schulung auch noch weiterkommen. Eine erneute Kontrolle bei Dr. med. G.\_\_\_\_ werde in zirka zwei Monaten erfolgen. 4.7 Am 10. August 2017 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_ erneut über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 105). Er führte aus, das rechte Knie sei funktionell nach dieser komplexen Situation noch deutlich bewegungseingeschränkt, der Beschwerdeführer sei aber gut kompensiert. In die Arbeit sei er wieder eingebunden. Er selber sei zufrieden, von Seiten des Arbeitgebers bestünden jedoch gewisse Bedenken bezüglich des Gangbildes und der vollen Einsatzfähigkeit. Deswegen erfolge am 22. August 2017 nochmals eine kreisärztliche Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin. Seines Erachtens könne der Beschwerdeführer sicherlich voll arbeiten und längerfristig wäre es für das Knie aber sinnvoll, wenn er Gewicht reduzieren würde und einer nicht übermässig körperlich anstrengenden Tätigkeit nachgehen könnte. Wobei die Gewichtsreduktion wahrscheinlich dort im Vordergrund stehen würde. Aktuell halte Dr. med. G.\_\_\_\_ weitere chirurgische Massnahmen für nicht notwendig. Insbesondere auch nicht zwangsläufig eine Metallentfernung. Der Bewegungsumfang sei zumindest ausreichend. Sie würden den Beschwerdeführer im Rahmen ihrer internen Qualitätskontrolle (AO-Dokumentation) zirka ein Jahr postoperativ nochmals für eine klinische und radiologische Kontrolle aufbieten. Die Arbeitsunfähigkeit sei aktuell auf 20 % für den gesamten August festgelegt worden. Er denke, aufgrund der Untersuchung durch die Beschwerdegegnerin werde es dort vielleicht noch Neuigkeiten geben. Ansonsten bitte er Dr. med. H.\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit im Verlauf entsprechend anzupassen. 4.8 Am 22. August 2017 führte der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ eine Abschlussuntersuchung durch (Suva-Nr. 108). In seinem Bericht vom 23. August 2017 stellte er folgende Diagnosen:

Fremdverursachter (PW-) Motorrad-Unfall am 14. September 2016 mit:  
Tibiakopfluxionsfraktur rechts Typ II nach Moore (AO-Typ 41-B1.3) · Status nach geschlossener Reposition und kniegelenksüberbrückender Fixateur externe-Anlage am 14. September 2016 · Status nach Entfernung des Fixateurs, offener Reposition und Schrauben-Osteosynthese sowie transtibialer Refixation mit Fibretape des ossären VKB-Ausrisses tibial, transtibialer Refixation des Aussenmeniskus-Vorder- und Hinterhornausrisses, Naht des Innenmeniskus-Hinterhornes und Abstützplatten-Osteosynthese postero-medial mit 2.4 distaler Radius-LCP-VA am 29. September 2016, fecit Dr. med. G.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_ · Status nach arthroskopischer Gelenkslavage bei postoperativem Frühinfekt am 13. Oktober und 20. Oktober 2016 · aktuell: Beschwerdefreiheit, volle Belastbarkeit, keine Infektzeichen Unfallrelevante Nebendiagnosen 1. Adipositas permagna (BMI 36) 2. Pes planovalgus beidseits bei Genua valga beidseits Im Weiteren führte med. pract. C.\_\_\_\_ aus, angesichts der Verletzungsschwere liege ein ausgezeichnetes Operations- und Behandlungsergebnis vor. Der Beschwerdeführer könne sich im Alltag beschwerdefrei voll belasten. Er sei gemäss seinen Angaben schon während des gesamten postakzidentellen Verlaufs relativ indolent gewesen und verspüre bis heute praktisch keine Schmerzen im Kniebereich. Bei anhaltend erhöhter beruflicher körperlicher Belastung sei jedoch von einer beschleunigten posttraumatischen Entwicklung der schon jetzt zu verzeichnenden posttraumatischen Gonarthrose auszugehen – ein Zustand, der ihm bisher keine Schmerzen bereitet habe. Schmerzen, die ihn auch von einer höheren Gewichtsbelastung seines Kniegelenkes abhalten würden. Damit sei eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit aufgrund der zu hohen körperlichen Anforderung nicht mehr zumutbar. Für das rechte Knie nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten verbunden mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (lediglich in seltenen Ausnahmen auch darüber), verbunden mit kniender Tätigkeit, verbunden mit dauerhaftem Treppensteigen und verbunden mit einer Sprungbelastung. Dauerhaftes Gehen oder Stehen mit den üblichen Pausen sei zumutbar, ebenso wie Sitzen mit den üblichen Pausen. Ansonsten bestehe unter diesem Zumutbarkeitsprofil keine zeitliche Einschränkung. Des Weiteren würden hausärztliche und eventuell über ein noch hinzuzuziehendes bariatrisches Zentrum flankierende Massnahmen (krankheitsbedingt) empfohlen, die das Übergewicht dieses noch jungen Mannes auf Dauer senken und somit auch einer beschleunigten Arthroseentwicklung entgegenwirken helfen. In unfallkausaler Hinsicht sei bereits ein wesentlicher entschädigungspflichtiger Integritätsschaden entstanden. Für die Zukunft könnten in unfallkausaler Hinsicht immer wieder 1 – 3 Serien Physiotherapie pro Jahr als Erhaltungs- und Analgetika je nach Bedarf indiziert sein. Mittel- und langfristig auch ein (Teil-)prothetischer Kniegelenksersatz. Abstützend auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 22. August 2017 und die postoperativen radiologischen Verlaufskontrollbilder und in Anwendung der Suva Tabelle 5, nach der Pangoarthrosen mässigen Grades mit 10 – 30 % und schwere Formen mit 30 – 40 % bewertet würden, erschienen hier 25 % angemessen, da aktuell keine Retropatellararthrose vorliege und beidseits der Kniegelenkspalt noch relativ gut erhalten sei (Suva-Nr. 109).

4.9 Mit Verfügung vom

#### **E. 2.4**

distaler Radius-LCP-VA am 29. September 2016, fecit Dr. med. G.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_ · Status nach arthroskopischer Gelenkslavage bei postoperativem Frühinfekt am 13. und 20. Oktober 2016 · Status nach OSME und arthroskopisch assistierter Entfernung einer Schraube im Bereich der Eminentia intercondylaris sowie mediale TME und partieller

OSME im Bereich der Tibiametaphyse bei Verdacht auf Osteosynthesematerial-assoziiertem Frühinfekt (wurde ausgeschlossen und Osteosynthese-Materiallockerung sowie medialer Nachsinterung am 23. November 2017, fecit Dr. med. G.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_ · Status nach Débridement, Wundspülung und Kniegelenkspunktion bei postoperativem Wundinfekt nach OSME popliteal am 16. Dezember 2017, fecit Dr. med. G.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_ · aktuell: Ausgerissene Eminentia intercondylaris mit VKB- und HKB-Insuffizienz sowie mediale Seitenbandlaxizität und grosser Knochensubstanzdefekt im Bereich der medialen Tibiaepiphyse/Tibiaplateaus Knie rechts Unfallrelevante Nebendiagnosen 1. Adipositas permagna (BMI 36) 2. Pes planovalgus beidseits bei Genua valga beidseits Im Weiteren führte med. pract. C.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei erstaunlich beschwerdefrei und bewege sich im Alltags- wie auch im Berufsleben entsprechend seiner rechtsseitigen Knieinstabilität angepasst. Auffallend sei der grosse Knochensubstanzdefekt im Bereich des medialen Tibiaplateaus und die ausgerissene Eminentia intercondylaris mit der konsekutiven Kreuzbandinsuffizienz. Aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers und der zu erwartenden, im Verlauf anstehenden knieprothetischen Versorgung sollte der Substanzdefekt frühzeitig aufgefüllt und rekompensiert werden, um eine spätere sichere Prothesenverankerung zu gewährleisten. Aus diesem Grund empfehle er dem Beschwerdeführer eine knieorthopädische Second Opinion (und nach Möglichkeit Behandlungsübernahme) bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Klinikleiter und Chefarzt, Klinik E.\_\_\_\_, zur Beurteilung und Festlegung einer Behandlungsstrategie. In Bezug auf die bisherige Beurteilung der Zumutbarkeit und des Integritätsschadens habe sich zwischenzeitlich nichts Wesentliches verändert. 4.14 Am 25. September 2018 fand bei Dr. med. D.\_\_\_\_ die empfohlene Untersuchung statt. Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht vom 26. September 2018 entnehmen (Suva-Nr. 231): Beginnende posttraumatische Defektgonarthrose Knie rechts mit/bei · Status nach progredienten Osteolysen, Wundinfekt bei OSME popliteal bei · Status nach Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore am 14. September 2016 bei ·

### **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 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 der 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\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.).

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. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64f.; 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

#### **E. 4**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 19. August 2019 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen und den Integritätsschaden zu Recht auf 25 % festgesetzt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

4.1 Am 4. Oktober 2016 erging der Operationsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 13). Als Hauptdiagnose wurde eine «Tibia-kopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore» gestellt. Der Beschwerdeführer habe am 14. September 2016 als Motorradfahrer einen Verkehrsunfall erlitten, als er wegen einem Auto abrupt habe abbremsen müssen. Er habe einen Sturz vom Motorrad erlitten und sich eine Distorsion des rechten Knies zugezogen. Es sei die notfallmässige Einlieferung auf die Notfallstation erfolgt. Gleichentags sei eine geschlossene Frakturposition erfolgt und ein kniegelenksüberbrückender Fixateur externe angelegt worden. Im weiteren Verlauf habe sich eine massive Untergelenksschwellung gezeigt, allerdings ohne Hinweis auf ein Kompartment-Syndrom. Es hätten sich mehrere grössere Spannungsblasen gebildet. Diese hätten anschliessend abgetragen werden können. Bei Erholung des Integuments und Abschwellung der Weichteile habe die definitive Osteosynthese für den 29. September 2016 geplant werden können. In der Computertomografie hätten sich eine mehrfragmentäre, mediale, monokondyläre Tibiakopffraktur mit Beteiligung der Eminentia intercondylaris und eine postero-mediale, kleinflächige Spaltimppressionsfraktur gezeigt.

4.2 Am 25. Oktober 2016 erging ein weiterer Operationsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ mit Operationsdatum vom 13. Oktober 2016 (Suva-Nr. 27). Als Hauptdiagnose wurde ein «postoperativer Frühinfekt mit septischer Gonarthrit Stadium II nach Gächter rechts» gestellt und ausgeführt, nach dem Eingriff am 29. September 2016 habe sich initial in den ersten Tagen eine seröse Sekretion im distalen Bereich des anterioren Zuganges gezeigt, wo nun trockene und reizlose Verhältnisse herrschten. Im Bereiche der postero-medialen

Wunde sei am 12. Oktober 2016 eine deutliche Wundrötung sowie eine eitrige Sekretion aus der Wunde aufgefallen. Labormässig habe sich eine Leukozytose von 15'000 bei einem CRP-Wert von 150 mg/l gezeigt. Es sei somit die Indikation zur diagnostischen Kniegelenksarthroskopie und ggf. Kniegelenksspülung sowie zur Wundrevision, Débridement und Biopsie-Entnahme im Bereich der postero-medialen Wunde gestellt worden.

4.3 Dem Austrittsbericht vom 4. November 2016 des Spitals F.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 37) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 14. September bis 3. November 2016 hospitalisiert war. Folgende Diagnosen wurden gestellt:

Hauptdiagnosen

Tibiakopfluktionsfraktur rechts Moore II (A0 41-B1.3)

Diagnosen im Verlauf

Osteosynthesematerial-assoziiertes Frühinfekt rechts mit septischer Gonarthrit am 13. Oktober 2016 (*S. lugdunensis*)

Nebendiagnosen

Adipositas Grad III nach WHO (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>)

Weiter wurde ausgeführt, es sei die stationäre Aufnahme zur geschlossenen Reposition und Anlage eines kniegelenksüberbrückenden Fixateurs externe rechts am 14. September 2016 erfolgt. Postoperativ hätten sich ausgeprägte, teilweise eingeblutete Spannungsblasen über dem ventralen Unterschenkel entwickelt, welche abgetragen worden seien. Die Kompartimentüberwachung sei stets unauffällig gewesen. Die Hyposensibilität im Bereich des Unterschenkels habe sich nach einigen Tagen komplett zurückgebildet. Nach ausreichender Abschwellung und weiterer computertomographischer Abklärung der Fraktur sei am 29. September 2016 die Osteosynthese mit Refixation der Menisci und des ossären VKB-Ausrisses durchgeführt worden. Postoperativ habe sich eine korrekte Reposition mit achsengerechten Stellungsverhältnissen gezeigt. Im weiteren Verlauf habe eine blutig-seröse Sekretion im Bereich der anterioren Operationswunde persistiert. Die Sekretion sei im Verlauf durch komprimierende Massnahmen sistiert worden. Am 12. Oktober 2016 habe sich spontan eitriges Sekret im Bereich des poplitealen Zuganges entleert, sodass die Indikation zur Spülung des Kniegelenks und zur Revision der poplitealen Wunde gestellt worden sei. Hierbei habe sich der Verdacht einer septischen Gonarthrit sowie eines Osteosynthese-assoziierten Infektes popliteal bestätigt. Nach Entnahme von Biopsien sei eine präemptive parenterale Antibiotikatherapie mit Amoxicillin/Clavulansäure begonnen worden. Aufgrund mikrobiologischem Nachweis von *Staphylococcus lugdunensis* sei die parenterale antibiotische Therapie nach Rücksprache mit den Kollegen der Infektiologie resistenzgerecht auf Floxapen umgestellt worden. Wegen stagnierender laborchemischer Infektparameter, bei sonst regelrechten Wundverhältnissen, sei am 20. Oktober 2016 eine erneute arthroskopische Kniegelenksspülung durchgeführt worden, wobei sich eine Besserung des Lokalbefundes gezeigt habe. Zusätzlich sei eine gelockerte Zugschraube im Bereich des medialen Tibiaplateaus refixiert worden. In der Gelenksflüssigkeit sei erneut *Staphylococcus lugdunensis* nachgewiesen worden, worauf die parenterale antibiotische Therapie bis zum 3. November 2016 verabreicht worden sei. Im weiteren Verlauf seien die laborchemischen Infektparameter kontinuierlich rückläufig geworden. Bei trockenen Wundverhältnissen sei

die parenterale Antibiotikatherapie am 3. November 2016 auf eine orale Therapie mit Tavanic und Rifampicin umgestellt worden. Das Nahtmaterial sei bereits entfernt worden. Der Beschwerdeführer sei am 3. November 2016 in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden. Für die Zeit vom 14. September 2016 bis 8. Januar 2017 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

4.4 In der ärztlichen Beurteilung vom 11. November 2016 (Suva-Nr. 30) führte der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, aus, es handle sich um eine sehr schwere Knieverletzung, die operativ nicht vollständig wiederhergestellt werden könne. Jetzt habe sich noch eine Komplikation durch einen Infekt ergeben. Die Festlegung der weiteren Behandlung durch die Operateure sei wichtig, es sei der Verlauf abzuwarten. Die Prognose sei schlecht. Durch den Infekt sei keine Aussage zur Dauer der Behandlung möglich. Die Rückkehr in eine dauerhaft stehende Tätigkeit werde wahrscheinlich nicht möglich sein.

4.5 Dem ambulanten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Spital F.\_\_\_\_, vom 24. Februar 2017 (Suva-Nr. 77) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Osteosynthesematerial-assoziiertes Frühinfekt Knie rechts mit/bei

Aktuell Bewegungsdefizit (DD beginnende Arthrofibrose)

Angesichts der noch vorhandenen Verbesserungsmöglichkeit mit letztmaliger Konsultation vor acht Wochen und jetzt Verbesserung der Beugefähigkeit um weitere 10° werde der Beschwerdeführer nun zu 50 % für zwei Wochen einen Arbeitsantritt probieren. Nachfolgend sei nach zwei bis drei Wochen eine weitere Arbeitssteigerung auf 100 % geplant. Aktuell sähen sie bei ansonsten funktionierendem Beschwerdeführer und momentaner Beschwerdefreiheit von einer arthroskopischen Arthrolyse ab und würden sehen, wie der Beschwerdeführer nun bei der Arbeit zurechtkomme. Eine weitere klinische und radiologische Kontrolle sei in sechs bis acht Wochen geplant.

4.6 In seinem Schreiben vom 27. April 2017 (Suva-Nr. 82) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, er werde den Beschwerdeführer erneut zu einer Sprechstunde sehen. Aktuell bitte er um Anpassung des Arbeitsplatzes und eventuell entsprechende Schonung. Insgesamt gehe er davon aus, dass der Beschwerdeführer eine Chance habe, wieder körperlich zu arbeiten, aber wahrscheinlich nicht mit der ganz gleichen Belastung wie zuvor. Allenfalls seien auch noch weitere Eingriffe nötig und längerfristig werde der Beschwerdeführer mit einer Arthrose in diesem Knie enden. Von daher müsse sicherlich eine Anpassung des Arbeitsplatzes in Betracht gezogen werden.

Am 30. Mai 2017 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_ über die gleichentags stattgefundene Sprechstunde (Suva-Nr. 92). Er hielt fest, insgesamt handle es sich eigentlich um einen mit der Situation zufriedenen Beschwerdeführer bei noch nicht vollständig wiederhergestellter Beweglichkeit. Laut Physiotherapie kämen sie da gut zurecht und hätten auch gute Chancen, dass sie da noch weiterkämen. Seines Erachtens sei es jetzt schon etwas lang her, aber er denke, bei zufriedenen Beschwerdeführer gebe es für ihn chirurgisch nichts zu tun. Wichtig sei, dass der Beschwerdeführer nicht weiter Gewicht aufbaue, sondern versuche, Richtung Normalgewicht zu kommen, um die Belastung für das verletzte Knie möglichst zu reduzieren. Die Situation einer körperlichen Arbeit sei für den Beschwerdeführer sicherlich nicht wirklich ideal, bei Übergewicht und heftigster Knieverletzung bei

Tibiakopfluxationsfraktur mit komplikativem Verlauf. Das werde mittelfristig zu Problemen führen. Allerdings habe er das Gefühl, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich nur mässig einsichtig sei. Er empfehle aber, dass man ihn in diese Richtung weiter beraten und schauen solle, wie man ihn dort einsetzen könne. Über allfällige Umschulungsmöglichkeiten müssten wohl andere Instanzen mitentscheiden und der Beschwerdeführer sehe seine Kompetenzen wahrscheinlich eher bei körperlichen Tätigkeiten. Aktuell sei er zu 100 % arbeitsfähig, sollte aber die Zeit haben, mindestens zweimal pro Woche intensiv Physiotherapie zu betreiben. Des Weiteren solle er auch tägliches selbstständiges Training durchführen, jetzt insbesondere mit dem Ziel des Kraftaufbaus, speziell des Quadriceps, um auch in der Extension vollständig zu stabilisieren. Wichtig sei zudem eine Verbesserung des Gangbildes; dort könnte er mit entsprechender Schulung auch noch weiterkommen. Eine erneute Kontrolle bei Dr. med. G.\_\_\_\_ werde in zirka zwei Monaten erfolgen.

4.7 Am 10. August 2017 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_ erneut über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 105). Er führte aus, das rechte Knie sei funktionell nach dieser komplexen Situation noch deutlich bewegungseingeschränkt, der Beschwerdeführer sei aber gut kompensiert. In die Arbeit sei er wieder eingebunden. Er selber sei zufrieden, von Seiten des Arbeitgebers bestünden jedoch gewisse Bedenken bezüglich des Gangbildes und der vollen Einsatzfähigkeit. Deswegen erfolge am 22. August 2017 nochmals eine kreisärztliche Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin. Seines Erachtens könne der Beschwerdeführer sicherlich voll arbeiten und längerfristig wäre es für das Knie aber sinnvoll, wenn er Gewicht reduzieren würde und einer nicht übermässig körperlich anstrengenden Tätigkeit nachgehen könnte. Wobei die Gewichtsreduktion wahrscheinlich dort im Vordergrund stehen würde. Aktuell halte Dr. med. G.\_\_\_\_ weitere chirurgische Massnahmen für nicht notwendig. Insbesondere auch nicht zwangsläufig eine Metallentfernung. Der Bewegungsumfang sei zumindest ausreichend. Sie würden den Beschwerdeführer im Rahmen ihrer internen Qualitätskontrolle (AO-Dokumentation) zirka ein Jahr postoperativ nochmals für eine klinische und radiologische Kontrolle aufbieten. Die Arbeitsunfähigkeit sei aktuell auf 20 % für den gesamten August festgelegt worden. Er denke, aufgrund der Untersuchung durch die Beschwerdegegnerin werde es dort vielleicht noch Neuigkeiten geben. Ansonsten bitte er Dr. med. H.\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit im Verlauf entsprechend anzupassen.

4.8 Am 22. August 2017 führte der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ eine Abschlussuntersuchung durch (Suva-Nr. 108). In seinem Bericht vom 23. August 2017 stellte er folgende Diagnosen:

Fremdverursachter (PW-) Motorrad-Unfall am 14. September 2016 mit:

Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore (AO-Typ 41-B1.3)

Unfallrelevante Nebendiagnosen

1. Adipositas permagna (BMI 36)

2. Pes planovalgus beidseits bei Genua valga beidseits

Im Weiteren führte med. pract. C.\_\_\_\_ aus, angesichts der Verletzungsschwere liege ein ausgezeichnetes Operations- und Behandlungsergebnis vor. Der Beschwerdeführer könne sich im Alltag beschwerdefrei voll belasten. Er sei gemäss seinen Angaben schon während des gesamten postakzidentellen Verlaufs relativ indolent gewesen und verspüre bis heute

praktisch keine Schmerzen im Kniebereich. Bei anhaltend erhöhter beruflicher körperlicher Belastung sei jedoch von einer beschleunigten posttraumatischen Entwicklung der schon jetzt zu verzeichnenden posttraumatischen Gonarthrose auszugehen ■ ein Zustand, der ihm bisher keine Schmerzen bereitet habe. Schmerzen, die ihn auch von einer höheren Gewichtsbelastung seines Kniegelenkes abhalten würden. Damit sei eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit aufgrund der zu hohen körperlichen Anforderung nicht mehr zumutbar. Für das rechte Knie nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten verbunden mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (lediglich in seltenen Ausnahmen auch darüber), verbunden mit kniender Tätigkeit, verbunden mit dauerhaftem Treppensteigen und verbunden mit einer Sprungbelastung. Dauerhaftes Gehen oder Stehen mit den üblichen Pausen sei zumutbar, ebenso wie Sitzen mit den üblichen Pausen. Ansonsten bestehe unter diesem Zumutbarkeitsprofil keine zeitliche Einschränkung. Des Weiteren würden hausärztliche und eventuell über ein noch hinzuzuziehendes bariatrisches Zentrum flankierende Massnahmen (krankheitsbedingt) empfohlen, die das Übergewicht dieses noch jungen Mannes auf Dauer senken und somit auch einer beschleunigten Arthroseentwicklung entgegenwirken helfen. In unfallkausaler Hinsicht sei bereits ein wesentlicher entschädigungspflichtiger Integritätsschaden entstanden. Für die Zukunft könnten in unfallkausaler Hinsicht immer wieder 1 ■ 3 Serien Physiotherapie pro Jahr als Erhaltungstherapie und Analgetika je nach Bedarf indiziert sein. Mittel- und langfristig auch ein (Teil-)prothetischer Kniegelenksersatz.

Abstützend auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 22. August 2017 und die postoperativen radiologischen Verlaufskontrollbilder und in Anwendung der Suva Tabelle 5, nach der Pagonarthrosen mässigen Grades mit 10 ■ 30 % und schwere Formen mit 30 ■ 40 % bewertet würden, erschienen hier 25 % angemessen, da aktuell keine Retropatellararthrose vorliege und beidseits der Kniegelenkspalt noch relativ gut erhalten sei (Suva-Nr. 109).

4.9 Mit Verfügung vom 11. Oktober 2017 (Suva-Nr. 139) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Die unfallbedingte Erwerbseinbusse betrage CHF 1'953.00, was einem Invaliditätsgrad von deutlich unter 10 % entspreche. Eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor. Aufgrund der ärztlichen Beurteilung ergebe sich jedoch eine Integritätseinbusse von 25 %, weshalb ihm eine Integritätsentschädigung zustehe. Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 6. November 2017 Einwände (Suva-Nr. 146). Anlässlich der medizinischen Untersuchung im Spital F.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2017 seien mögliche Komplikationen erkannt worden, weshalb weitere Untersuchungen angeordnet worden seien.

4.10 Am 14. November 2017 erging der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 150), worin er festhielt, bei Status nach diesem Infekt sei jetzt radiologisch eher eine progrediente Lyse festzustellen, daher sei er der Ansicht, dass die Indikation zur Materialentfernung und erneutem Sampling gegeben sei. Mit der Klinik korreliere das nicht, aber er denke, dass sie bei diesem auch übergewichtigen Beschwerdeführer dort zwangsläufig Richtung Prothese liefern, wo das Material dann auch störend wäre. Wenn sie jetzt noch einen Low grade-Infekt hätten, könnten sie das Ganze allenfalls therapieren und etwas bremsen. Das sei mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden und er sei mit dem Vorgehen einverstanden. Sie würden initial in Bauchlage von dorsal das dorsomediale Material entfernen. Dann würden sie in Rückenlage arthroskopieren, dort die Schrauben und die

Fadencerclage lösen und dann perkutan die einzelnen Schrauben in der Meta-/Diaphyse entfernen. Anschliessend dürfe der Beschwerdeführer weiter voll belasten. Es sei mit einem Spitalaufenthalt von vielleicht vier Tagen zu rechnen und er werde circa 14 Tage bei der Arbeit ausfallen. Daraufhin nahm die Beschwerdegegnerin ihre Verfügung vom 11. Oktober 2017 mit Schreiben vom 22. November 2017 zurück (Suva-Nr. 153).

4.11 Am 23. November 2017 unterzog sich der Beschwerdeführer im Spital F.\_\_\_\_ einer weiteren Operation (Osteosynthesematerialentfernung dorsal, Kniearthroskopie und arthroskopisch assistierte Entfernung der Schraube im Bereich der Eminentia intercondylaris, TME medial und partielle Osteosynthesematerialentfernung im Bereich der Tibiametaphyse; Suva-Nr. 158). Dem Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 27. November 2017 (Suva-Nr. 164) lässt sich entnehmen, dass die genannte Operation komplikationslos durchgeführt worden sei. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung mit erlaubter Vollbelastung der rechten unteren Extremität sei gut gelungen. Die Wundverhältnisse seien stets reizlos gewesen. Die intraoperativ entnommenen Bakteriologien/Sonikation hätten keinen Keimnachweis erbracht. Der Beschwerdeführer sei am 24. November 2017 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Für die Zeit vom 22. November bis 23. Dezember 2017 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

4.12 Am 18. und 29. Dezember 2017 (Suva-Nr. 166, 168) berichtete das Spital F.\_\_\_\_ von einer Wundheilungsstörung und es wurden folgende Diagnosen gestellt (Suva-Nr. 168):

Infekt popliteal rechts mit Sepsis bei Osteosynthesematerial-assoziiertem Frühinfekt Knie rechts

St.n. Abszessabdeckung popliteal und Punktion Sicca am 16. Dezember 2017

Beim Beschwerdeführer habe eine notfallmässige Abszessabdeckung popliteal aufgrund eines ausgeprägten Infektes mit Lymphangitis und systemischen Infektzeichen durchgeführt werden müssen. Aktuell zeige sich popliteal noch eine offene Wundbehandlung mit regredienter Wundgrösse und täglichem Verbandswechsel durch die Spitex mit feuchten Verbänden. Die Rötung inguinal sei komplett weg. Im Bereich des Unterschenkels bestehe noch eine diskrete Rötung. Der Beschwerdeführer sei unter Antibiotikatherapie mit Co-Amoxicillin. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde bis zum 12. Januar 2018 verlängert.

Am 23. Februar 2018 erging ein weiterer Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 184), worin festgehalten wurde, dass die Wunde popliteal nun komplett verheilt sei. Mit dem Beschwerdeführer sei vereinbart worden, dass er für die nächsten drei Monate seine berufliche Tätigkeit wieder ab dem 12. Februar 2018 zu 100 % aufnehmen werde. Allerdings mit einer 50%igen Leistung im Lager resp. 80%iger Leistung als Lastwagenchauffeur. Die nächste klinische radiologische Kontrolle werde in drei Monaten stattfinden.

Einem weiteren Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2018 (Suva-Nr. 194) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die zwingende Arbeitsfähigkeit zum 1. Juni 2018 zu 100 % wünsche. Er berichte, dass er jetzt einen Arbeitsplatz als Beifahrer eines Lastwagens hätte. Hier sei er laut eigenen Angaben und eigener Einschätzung zu 100 % arbeitsfähig. Er müsse drei Stunden pro Tag Ladearbeiten durchführen. Dem könne entsprochen werden. Der Beschwerdeführer wünsche ebenfalls den Behandlungsabschluss, diesem schliesse man

sich an.

4.13 Am 15. August 2018 fand eine zweite kreisärztliche Untersuchung durch med. pract. C.\_\_\_\_ statt (Suva-Nr. 214). Er stellte folgende Diagnosen:

Fremdverursachter (PW-) Motorrad-Unfall am 14. September 2016 mit:

Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore (AO-Typ 41-B1.3)

Unfallrelevante Nebendiagnosen

1. Adipositas permagna (BMI 36)

2. Pes planovalgus beidseits bei Genua valga beidseits

Im Weiteren führte med. pract. C.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei erstaunlich beschwerdefrei und bewege sich im Alltags- wie auch im Berufsleben entsprechend seiner rechtsseitigen Knieinstabilität angepasst. Auffallend sei der grosse Knochensubstanzdefekt im Bereich des medialen Tibiaplateaus und die ausgerissene Eminentia intercondylaris mit der konsekutiven Kreuzbandinsuffizienz. Aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers und der zu erwartenden, im Verlauf anstehenden knieprothetischen Versorgung sollte der Substanzdefekt frühzeitig aufgefüllt und rekompensiert werden, um eine spätere sichere Prothesenverankerung zu gewährleisten. Aus diesem Grund empfehle er dem Beschwerdeführer eine knieorthopädische Second Opinion (und nach Möglichkeit Behandlungsübernahme) bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Klinikleiter und Chefarzt, Klinik E.\_\_\_\_, zur Beurteilung und Festlegung einer Behandlungsstrategie. In Bezug auf die bisherige Beurteilung der Zumutbarkeit und des Integritätsschadens habe sich zwischenzeitlich nichts Wesentliches verändert.

4.14 Am 25. September 2018 fand bei Dr. med. D.\_\_\_\_ die empfohlene Untersuchung statt. Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht vom 26. September 2018 entnehmen (Suva-Nr. 231):

Beginnende posttraumatische Defektgonarthrose Knie rechts mit/bei

Weiter führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, er sehe eine enorme Diskrepanz zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und den entsprechenden radiologischen Befunden. Der Beschwerdeführer sei aktuell beschwerdefrei, habe eine gute Stabilität, kein Unsicherheitsgefühl im Bereich des rechten Kniegelenkes und keine Anzeichen auf ein Wiederaufflammen einer Infektion. Radiologisch zeige sich eine sehr ungemütliche Situation mit einer grösseren Defektbildung im Bereich des medialen Schienbeinkopfes sowie auf dem letzten CT auch Anteile von pseudarthrotischen Bereichen im Bereich des Schienbeinkopfes. Er gehe davon aus, dass diese sklerotischen avitalen Anteile immer noch gewisse Bakterien beinhalten könnten jedoch im Moment sicher kein operativer Eingriff erfolgen sollte, auch kein Einsetzen von avitalem Knochenmaterial oder einer Prothese (Fremdkörper). Er denke, viel wichtiger sei im Moment die Optimierung der jetzigen Situation bezüglich Belastbarkeit des Kniegelenkes. Daher empfehle er zusätzlich das Durchführen eines Orthoradiogramms zur Bestimmung der Beinachse und gegebenenfalls die Valgisierung des Kniegelenkes zur Entlastung der medialen Defektzone. Auf der anderen Seite sicher auch die Optimierung am Arbeitsplatz. Hier sei die Invalidenversicherung gefragt mit einer sicher notwendigen Umschulung des Beschwerdeführers zur Minimierung der Belastung des Kniegelenkes bei seiner Arbeit. Im Moment sehe er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit max. Heben von Lasten bis 10 bis 15 kg

teils stehend, teils sitzend. Erst bei Auftreten von Beschwerden oder Zunahme des CRP sollte die Weiterabklärung mittels Knochenszintigrafie erfolgen in Kombination mit einer SPECT-CT-Untersuchung, zum Eruiieren von Infektanteilen oder avitalen Bereichen im Bereich des Schienbeinkopfes. Nach durchgeführtem Orthoradiogramm sei die Besprechung des weiteren Procederes bei ihm in der Sprechstunde vorgesehen.

Am 24. Oktober 2018 fand ■ nach durchgeführtem Orthoradiogramm vom 23. Oktober 2018 (vgl. Suva-Nr. 238) ■ eine erneute Sprechstunde bei Dr. med. D.\_\_\_\_ statt. Seinem gleichentags ergangenen Bericht (Suva-Nr. 239) lässt sich entnehmen, dass sich glücklicherweise bei der Defektsituation des medialen Tibiaplateaus eine valgische Beinachse mit Belastung der besseren und guten Knieaussenseite zeige. Daher sei der Beschwerdeführer aktuell auch in der Lage, stock- und hinkfrei zu gehen. Wie bereits im letzten Bericht geschrieben, empfehle er aktuell keine weiteren, insbesondere keine operativen Massnahmen. Erst bei Beschwerdezunahme empfehle er die Weiterabklärung mittels SPECT-CT zur Verifikation der Knochendurchblutung im Schienbeinkopf sowie zur Abklärung der Defektsituation. Weiter empfehle er in unregelmässigen Abständen CRP-Verlaufskontrollen, um sicher zu sein, dass kein Aufflammen des Infektes stattfindet. Sinnvoll wäre auch eine Schuhversorgung zur Verhinderung von zusätzlichen Läsionen mit allfälligen Infektionen im Bereich des Fusses. Er empfehle hierzu die Weiterabklärung in der Sprechstunde von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Fuss- und Sprunggelenkschirurgie, Klinik E.\_\_\_\_.

4.15 Dr. med. I.\_\_\_\_ berichtete am 14. November 2018 über die Konsultation in seiner Sprechstunde (Suva-Nr. 242). Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht entnehmen:

Punktförmige Hyperkeratosen Fusssohle bds.

Pes planus bds.

Beginnende posttraumatische Defektgonarthrose Knie rechts

Die punktförmigen Hyperkeratosen seien als Hauterkrankung zu betrachten, hätten keinen Zusammenhang mit der Fusstatik oder -dynamik. Sie müssten regelmässig abgetragen werden, häufig verliere sich das Problem mit der Zeit. Einlagen oder Spezialschuhwerk seien nicht indiziert. Eine erneute Kontrolle sei jederzeit bei Bedarf möglich.

4.16 Am 22. November 2018 nahm der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ ein letztes Mal Stellung zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 243) und führte aus, von weiteren Behandlungsmassnahmen könne keine namhafte Besserung erwartet werden. Die vorbestehende Beurteilung des unfallkausalen Integritätsschadens und der Zumutbarkeit vom 23. August 2017 gelte unverändert.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen des Kreisarztes med. pract. C.\_\_\_\_ vom 22. August 2017 (vgl. E. II. 4.8 hiervor) und vom 15. August 2018 (vgl. E. II. 4.13 hiervor), weshalb nachfolgend zu prüfen ist, ob dies korrekt ist.

5.1 Den kreisärztlichen Beurteilungen von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 22. August 2017 und vom 15. August 2018 (vgl. E. II. 4.8 und 4.13 hiervor) ist grundsätzlich voller Beweiswert zuzusprechen, denn sie basieren auf persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers, sind für die streitigen Belange umfassend und sind in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden. Seine Berichte werden daher den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 3.2 hiervor) grundsätzlich gerecht.

Inhaltlich nimmt med. pract. C.\_\_\_\_ Bezug auf das Unfallereignis, die in der Folge durchgeführten bildgebenden Untersuchungen, den dokumentierten Verlauf (mit den operativen Eingriffen) sowie die Beurteilungen des orthopädischen Spezialarztes Dr. med. D.\_\_\_\_. Ferner vermag die von med. pract. C.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. das Zumutbarkeitsprofil bezüglich der im rechten Knie geklagten Beschwerden aufgrund der vorliegenden Akten zu überzeugen. Er gelangt in weitgehender Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ zum Ergebnis, dem Beschwerdeführer sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter Produktion nicht mehr zumutbar, er könne jedoch eine geeignete Arbeit im Rahmen eines vollen Pensums ausüben. Es liegen denn auch keine ärztlichen Berichte vor, welche dem kreisärztlich statuierten Zumutbarkeitsprofil bedeutend widersprechen würden. Selbst die behandelnden Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_ kamen zum Schluss, dem Wunsch des Beschwerdeführers, es sei ihm eine Arbeitsfähigkeit von 100 % am neuen Arbeitsplatz als Beifahrer eines Lastwagens zu attestieren, könne entsprochen werden. Auch seinem Wunsch, die Behandlung abzuschliessen, wurde entsprochen (vgl. E. II).

#### **E. 4.12**

hiervor). Zudem liegen nach Fallabschluss per Dezember 2018 (Suva-Nr. 244) bzw. per 2. Januar 2019 (Suva-Nr. 255) keine Arztberichte mehr vor, welche notwendige Behandlungen betreffend das rechte Knie bzw. eine diesbezügliche Verschlechterung belegen würden. Dass der Kreisarzt selber eine externe Begutachtung empfohlen hätte, weil er nicht in der Lage wäre, die Einschränkungen des Beschwerdeführers zu beurteilen, wie dies vom Beschwerdeführer vorgebracht wird (Beschwerde S. 6; A.S. 17), trifft nicht zu. Der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ bezweckte lediglich das Einholen einer Zweitmeinung zur Beurteilung und Festlegung einer Behandlungsstrategie (vgl. Suva-Nr. 214).

5.2 Weiter vermag auch die Rüge des Beschwerdeführers, dem Kreisarzt fehle für die Beurteilung der Beschwerden aus dem Fachbereich Orthopädie an einem Facharztstitel für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. Beschwerde S. 5 f.; A.S. 16 f.), nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer vermag nicht überzeugend darzulegen, weshalb der Kreisarzt als Facharzt für Chirurgie nicht über die erforderliche Fachkompetenz verfügen soll, um die bildgebenden Befunde richtig zu deuten und die Frage einer Unfallkausalität und einer allfälligen daraus resultierenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu beantworten. Die Kreisärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen, dies unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4 mit Hinweis). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung des Kreisarztes weitgehend mit jener des orthopädischen Spezialarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ übereinstimmt, weshalb sich auch unter diesem Aspekt weitere orthopädische Abklärungen erübrigen.

5.3 Auch trifft es nicht zu, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ zur weiteren Abklärung der Defektsituation weitere Untersuchungen und Beurteilungen für notwendig erachtet hätte (Beschwerde S. 7 f.; A.S. 19 f.). Dr. med. D.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2018 aus, dass er erst bei Beschwerdezunahme die Weiterabklärung mittels SPECT-CT zur Verifikation der Knochendurchblutung im Schienbeinkopf sowie zur Abklärung der



allzu lange Dauer des Arbeitsverhältnisses spreche nicht gegen das Abstellen auf die konkreten Verhältnisse. Im Weiteren gelte es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer durch diese Stelle optimal eingegliedert sei. Die Invalidenversicherung habe den Beschwerdeführer hierbei unterstützt. Es könne nun nicht angehen, dass die Beschwerdegegnerin gleichwohl davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit mit seiner aktuellen Stelle nicht in zumutbarer Weise ausschöpfe (Beschwerde S. 11 f.; A.S. 22 ff.).

#### 6.4

6.4.1 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens setzt ein Abstellen auf den tatsächlich erzielten Verdienst unter anderem voraus, dass die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft. Dies ist dann nicht der Fall, wenn sie auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt einen höheren als den tatsächlich erhaltenen Lohn erzielen könnte. Auf diesem hypothetischen Arbeitsmarkt ist ein Stellenwechsel auch dann zumutbar, wenn es für die versicherte Person aufgrund der wirtschaftlichen Gegebenheiten auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt sehr schwierig oder gar unmöglich ist, eine entsprechende Stelle zu finden. Die Anrechnung dieses hypothetischen höheren Einkommens beruht dabei weniger auf der Schadenminderungspflicht, sondern auf der Überlegung, dass die Unfallversicherung lediglich die durch den unfallkausalen Gesundheitsschaden bedingte Lohneinbusse ausgleichen soll. Eine versicherte Person muss sich bei der Invaliditätsbemessung die Einkünfte als Invalideneinkommen anrechnen lassen, die sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an einer zumutbaren Stelle erzielen könnte; selbst wenn sie infolge günstiger Aussichten an der bisherigen Stelle von einem Berufs- oder Stellenwechsel absieht, kann sie nicht erwarten, dass die Unfallversicherung für einen wegen des Verzichts auf zumutbare Einkünfte eingetretenen Minderverdienst aufkommt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 6.1 mit Hinweisen).

6.4.2 Die von der Beschwerdegegnerin bereits im angefochtenen Einspracheentscheid vorgenommene Ermittlung des auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt hypothetisch erzielbaren Invalideneinkommens des Beschwerdeführers von CHF 60'969.00 anhand der LSE (vgl. E. II. 6.3 hiervor) wird vom Beschwerdeführer in rechnerischer Hinsicht nicht beanstandet. Diese Berechnung der Beschwerdegegnerin gibt zu keinen Weiterungen Anlass. Der Beschwerdeführer ist seit dem 1. Mai 2019 bei der J.\_\_\_\_ angestellt und verdient jährlich CHF 51'600.00 (vgl. Suva-Nr. 264). Bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 19. August 2019 war der Beschwerdeführer erst knappe vier Monate bei der J.\_\_\_\_ angestellt, womit mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 f.; A.S. 38 f.) bereits fraglich ist, ob von einem besonders stabilen Arbeitsverhältnis ausgegangen werden kann. Dies kann jedoch offen bleiben. Denn zwischen dem Einkommen von CHF 60'969.00 und dem bei der J.\_\_\_\_ tatsächlich erzielten Lohn von CHF 51'600.00 besteht eine grosse Diskrepanz von knapp CHF 10'000.-, weshalb der Beschwerdeführer ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ das ihm verbliebene Leistungsvermögen nicht in zumutbarer Weise ausschöpft. Er bezieht einen Lohn, der erheblich unter dem auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erzielbaren Einkommen liegt. Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ist somit nicht auf den Verdienst bei der J.\_\_\_\_ abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 6.2 mit Hinweisen). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die Invalidenversicherung habe ihn bei der Eingliederung unterstützt, ist dem entgegenzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin das Handeln der IV-Stelle nicht

anrechnen lassen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 6.3.2.2).

6.4.3 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) 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). Nach der Rechtsprechung ist 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).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht angesichts des hier herangezogenen niedrigsten Kompetenzniveaus 1 kein Raum, da Hilfsarbeiten unabhängig von Alter, Nationalität und beruflicher Ausbildung nachgefragt werden (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4.). Dagegen erachtet die Beschwerdegegnerin das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers als derart eingeschränkt, dass sie einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug von 10 % vornahm. Die Bestimmung der Höhe eines leidensbedingten Abzugs stellt zwar weitgehend eine Ermessensfrage dar. Allerdings darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 447/06 vom 5. September 2006 E. 3.2. und 3.2.1 m.w.H.). Im Lichte dessen bewegt sich der vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % in einem vertretbaren Ermessenspielraum und ist somit nicht zu beanstanden. Sodann kann der Beschwerdeführer eine zumutbare Tätigkeit in einem Vollpensum ausüben, weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Insgesamt erscheint demnach der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Tabellenlohnabzug korrekt.

6.5 Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von CHF 65'273.40 und des Invalideneinkommens (nach Vornahme des leidensbedingten Abzuges) von CHF 60'969.00 ergibt somit einen Invaliditätsgrad von 6.59 %, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Demnach ist die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen.

7. Schliesslich ist auf die von Seiten des Beschwerdeführers bestrittene Einschätzung der Integritätsentschädigung durch med. pract. C.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 109) einzugehen.

7.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder eine Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und

erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art. 25 Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 ■ 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c 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.

7.2 In seinem Bericht betreffend die Beurteilung des Integritätsschadens vom 22. August 2017 (Suva-Nr. 109) hielt med. pract. C. \_\_\_ fest, abstützend auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 22. August 2017 und die postoperativen radiologischen Verlaufskontrollbilder und in Anwendung der Suva Tabelle 5, nach der Pangonarthrosen mässigen Grades mit 10 bis 30 % und schwere Formen mit 30 bis 40 % bewertet würden, würden hier 25 % als angemessen erscheinen, da aktuell keine Retropatellararthrose vorliege und beidseits der Kniegelenkspalt noch relativ gut erhalten sei. In seinem Bericht vom 15. August 2018 (vgl. E. II. 4.13 hiervor; Suva-Nr. 214) hielt er fest, in Bezug auf die bisherige Beurteilung des Integritätsschadens habe sich zwischenzeitlich nicht Wesentliches verändert.

Dagegen lässt der Beschwerdeführer vorbringen, die Annahme einer 25%igen Integritätsentschädigung werde den Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht gerecht. Insbesondere werde nicht berücksichtigt, dass in seinem Falle aufgrund der derzeitigen Aktenlage klarerweise noch mit einer Verschlimmerung der Beschwerden und den Einschränkungen zu rechnen sei. Gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV seien voraussehbare Verschlimmerungen angemessen zu berücksichtigen. Eine Verschlimmerung sei bereits zum jetzigen Zeitpunkt absehbar, so habe der Kreisarzt im Schreiben vom 22. August 2017 implizit festgehalten, dass mit einem schnellen Fortschreiten der Gonarthrose zu rechnen sei. Somit sei mindestens eine Integritätsentschädigung von 35 % gerechtfertigt (Beschwerde S. 14 f.; A.S. 25 f.).

### 7.3

7.3.1 Nach Art. 36 Abs. 4 UVV müssen voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt werden (Satz 1). Revisionen sind nur in Ausnahmefällen möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Satz 2). Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Nicht voraussehbare Verschlechterungen können naturgemäss nicht im Voraus berücksichtigt werden. Entwickelt sich daher der Gesundheitsschaden im Rahmen der ursprünglichen Prognose, ist die Revision einer einmal zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgeschlossen. Hingegen ist die Entschädigung neu festzulegen, wenn sich der Integritätsschaden später bedeutend stärker als prognostiziert verschlimmert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_734/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

Die Feststellung des Integritätsschadens ist eine Tatfrage, die ein Mediziner zu beurteilen hat. Gleiches gilt für die Prognose, d.h. die fallbezogene medizinische Beurteilung über die voraussichtliche künftige Entwicklung eines Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_734/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

7.3.2 Der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ schätzte am 22. August 2017 den Integritätsschaden für die posttraumatische Gonarthrose auf 25 %. Dies entspricht gemäss der Suva-Tabelle 5 einer mässigen Pangonarthrose im oberen Bereich (vgl. E. II. 4.8 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der Kreisarzt habe in seinem Schreiben vom 22. August 2017 selbst implizit festgehalten, dass mit einem schnellen Fortschreiten der Gonarthrose zu rechnen sei, ist dem nicht zu folgen. Der Kreisarzt hielt in seinem Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 22. August 2017 lediglich fest, dass bei anhaltend erhöhter beruflicher körperlicher Belastung von einer beschleunigten posttraumatischen Entwicklung der jetzt schon zu verzeichnenden posttraumatischen Gonarthrose auszugehen sei, weshalb eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit aufgrund der zu hohen körperlichen Anforderungen nicht mehr zumutbar sei. Im Weiteren würden Massnahmen empfohlen, die das Übergewicht des noch jungen Beschwerdeführers auf Dauer senken und somit auch einer beschleunigten Arthroseentwicklung entgegenzuwirken helfen würden (vgl. E. II. 4.8 hiervor; Suva-Nr. 108). Mit Blick auf die vorstehende rechtliche Erwägung (vgl. E. II. 7.3.1 hiervor) gilt es festzustellen, dass es bei dieser Einschätzung an einer gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV notwendigen prognostischen Beurteilung der Verschlimmerung fehlt. Es liegt keine gesicherte prognostische Entwicklung vor, welche gestatten würde, eine noch höhere Integritätsentschädigung zu rechtfertigen. Die blosse Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens

genügt nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_248/2008 vom 4. Juli 2008 E. 4.2). Dass ferner auch von der Möglichkeit einer künftigen Indikation eines (teil-)prothetischen Kniegelenkersatzes gesprochen wird (vgl. Suva-Nr. 108, 214), rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise, zumal bei Endoprothesen auf den unkorrigierten Zustand abzustellen ist, d.h. auf den Schweregrad der Arthrose vor Prothesenimplantation (vgl. Urteil des Bundesgerichts [vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht] U 313/02 vom 4. September 2003 E. 3 mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555). Nach dem Dargelegten bestehen vorliegend keine hinreichen Anzeichen für eine im Sinne von Art. 36 Abs. 4 UVV voraussehbare Verschlimmerung des Integritätsschadens. Folglich ist davon auszugehen, dass bei einer künftigen Verschlimmerung der Gonarthrose von grosser Tragweite eine nicht voraussehbare Unfallfolge bestünde, die allenfalls Anlass zur Revision des Integritätsschadens bieten könnte (vgl. E. II. 7.3.1 hiervor). Demnach ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.

8. Nach dem Dargelegten stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2019 (A.S. 34 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Replik vom 16. Januar 2020 (A.S. 51 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen. 5. Mit Duplik vom 5. Februar 2020 (A.S. 62) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen. 6. Mit Eingabe vom 24. Februar 2020 (A.S. 64 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten. Diese geht mit Verfügung vom 25. Februar 2020 (A.S. 67) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

## **E. 7**

Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 19. August 2019 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

### **E. 7.3.1**

Nach Art. 36 Abs. 4 UVV müssen voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt werden (Satz 1). Revisionen sind nur in Ausnahmefällen möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Satz 2). Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Nicht voraussehbare Verschlechterungen können naturgemäss nicht im Voraus berücksichtigt werden. Entwickelt sich daher der Gesundheitsschaden im Rahmen der ursprünglichen Prognose, ist die Revision einer einmal zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgeschlossen. Hingegen ist die Entschädigung neu festzulegen, wenn sich der Integritätsschaden später bedeutend stärker als prognostiziert verschlimmert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_734/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Die Feststellung des Integritätsschadens

ist eine Tatfrage, die ein Mediziner zu beurteilen hat. Gleiches gilt für die Prognose, d.h. die fallbezogene medizinische Beurteilung über die voraussichtliche künftige Entwicklung eines Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_734/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). 7.3.2 Der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ schätzte am 22. August 2017 den Integritätsschaden für die posttraumatische Gonarthrose auf 25 %. Dies entspricht gemäss der Suva-Tabelle 5 einer mässigen Pangonarthrose im oberen Bereich (vgl. E. II. 4.8 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der Kreisarzt habe in seinem Schreiben vom 22. August 2017 selbst implizit festgehalten, dass mit einem schnellen Fortschreiten der Gonarthrose zu rechnen sei, ist dem nicht zu folgen. Der Kreisarzt hielt in seinem Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 22. August 2017 lediglich fest, dass bei anhaltend erhöhter beruflicher körperlicher Belastung von einer beschleunigten posttraumatischen Entwicklung der jetzt schon zu verzeichnenden posttraumatischen Gonarthrose auszugehen sei, weshalb eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit aufgrund der zu hohen körperlichen Anforderungen nicht mehr zumutbar sei. Im Weiteren würden Massnahmen empfohlen, die das Übergewicht des noch jungen Beschwerdeführers auf Dauer senken und somit auch einer beschleunigten Arthroseentwicklung entgegenzuwirken helfen würden (vgl. E. II. 4.8 hiervor; Suva-Nr. 108). Mit Blick auf die vorstehende rechtliche Erwägung (vgl. E. II. 7.3.1 hiervor) gilt es festzustellen, dass es bei dieser Einschätzung an einer gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV notwendigen prognostischen Beurteilung der Verschlimmerung fehlt. Es liegt keine gesicherte prognostische Entwicklung vor, welche gestatten würde, eine noch höhere Integritätsentschädigung zu rechtfertigen. Die blosser Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens genügt nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_248/2008 vom 4. Juli 2008 E. 4.2). Dass ferner auch von der Möglichkeit einer künftigen Indikation eines (teil-)prothetischen Kniegelenksersatzes gesprochen wird (vgl. Suva-Nr. 108, 214), rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise, zumal bei Endoprothesen auf den unkorrigierten Zustand abzustellen ist, d.h. auf den Schweregrad der Arthrose vor Prothesenimplantation (vgl. Urteil des Bundesgerichts [vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht] U 313/02 vom 4. September 2003 E. 3 mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555). Nach dem Dargelegten bestehen vorliegend keine hinreichen Anzeichen für eine im Sinne von Art. 36 Abs. 4 UVV voraussehbare Verschlimmerung des Integritätsschadens. Folglich ist davon auszugehen, dass bei einer künftigen Verschlimmerung der Gonarthrose von grosser Tragweite eine nicht voraussehbare Unfallfolge bestünde, die allenfalls Anlass zur Revision des Integritätsschadens bieten könnte (vgl. E. II. 7.3.1 hiervor). Demnach ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen. 8. Nach dem Dargelegten stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen. 9. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). 9.2 Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa

BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

9.2 Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten 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 Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

## E. 11

Oktober 2017 (Suva-Nr. 139) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Die unfallbedingte Erwerbseinbusse betrage CHF 1'953.00, was einem Invaliditätsgrad von deutlich unter 10 % entspreche. Eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor. Aufgrund der ärztlichen Beurteilung ergebe sich jedoch eine Integritätseinbusse von 25 %, weshalb ihm eine Integritätsentschädigung zustehe. Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 6. November 2017 Einwände (Suva-Nr. 146). Anlässlich der medizinischen Untersuchung im Spital F.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2017 seien mögliche Komplikationen erkannt worden, weshalb weitere Untersuchungen angeordnet worden seien. 4.10 Am 14. November 2017 erging der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 150), worin er festhielt, bei Status nach diesem Infekt sei jetzt radiologisch eher eine progrediente Lyse festzustellen, daher sei er der Ansicht, dass die Indikation zur Materialentfernung und erneutem Sampling gegeben sei. Mit der Klinik korreliere das nicht, aber er denke, dass sie bei diesem auch übergewichtigen Beschwerdeführer dort zwangsläufig Richtung Prothese liefern, wo das Material dann auch störend wäre. Wenn sie jetzt noch einen Low grade-Infekt hätten, könnten sie das Ganze allenfalls therapieren und etwas bremsen. Das sei mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden und er sei mit dem Vorgehen einverstanden. Sie würden initial in Bauchlage von dorsal das dorsomediale Material entfernen. Dann würden sie in Rückenlage arthroskopieren, dort die Schrauben und die Fadencerclage lösen und dann perkutan die einzelnen Schrauben in der Meta-/Diaphyse entfernen. Anschliessend dürfe der Beschwerdeführer weiter voll belasten. Es sei mit einem Spitalaufenthalt von vielleicht vier Tagen zu rechnen und er werde circa 14 Tage bei der Arbeit ausfallen. Daraufhin nahm die Beschwerdegegnerin ihre Verfügung vom 11. Oktober 2017 mit Schreiben vom 22. November 2017 zurück (Suva-Nr. 153). 4.11 Am 23. November 2017 unterzog sich der Beschwerdeführer im Spital F.\_\_\_\_ einer weiteren Operation (Osteosynthesematerialentfernung dorsal, Kniearthroskopie und arthroskopisch assistierte Entfernung der Schraube im Bereich der Eminentia intercondylaris, TME medial

und partielle Osteosynthesematerialentfernung im Bereich der Tibiametaphyse; Suva-Nr. 158). Dem Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 27. November 2017 (Suva-Nr. 164) lässt sich entnehmen, dass die genannte Operation komplikationslos durchgeführt worden sei. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung mit erlaubter Vollbelastung der rechten unteren Extremität sei gut gelungen. Die Wundverhältnisse seien stets reizlos gewesen. Die intraoperativ entnommenen Bakteriologien/Sonikation hätten keinen Keimnachweis erbracht. Der Beschwerdeführer sei am 24. November 2017 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Für die Zeit vom 22. November bis 23. Dezember 2017 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

4.12 Am 18. und 29. Dezember 2017 (Suva-Nr. 166, 168) berichtete das Spital F.\_\_\_\_ von einer Wundheilungsstörung und es wurden folgende Diagnosen gestellt (Suva-Nr. 168): Infekt popliteal rechts mit Sepsis bei Osteosynthesematerial-assoziiertem Frühinfekt Knie rechts · St. n. Osteosynthesematerialentfernung dorsal, Kniearthroskopie und arthroskopisch-assistierte Entfernung der Schraube im Bereich der Eminentia intercondylaris, Teilmeniskektomie medial und partielle Osteosynthesematerialentfernung im Bereich der Tibiametaphyse am 22. November 2017 · St. n. offener Reposition, Osteosynthese mit Zugschrauben 2.7 und 3.5, transtibiale Refixation mit FiberTape des ossären VKB-Ausrisses tibial, transtibiale Refixation des Aussenmeniskusvorderhorns und Hinterhornausrisses, Naht des Innenmeniskushinterhorns und Abstützplattenosteosynthese postero-medial mit 2.4 distaler Radius-LCP VA am 29. September 2016 Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore · St. n. Kniegelenksarthroskopie, Spülung, Débridement sowie Revision postero-medial mit Débridement und Jet-Lavage sowie Primärverschluss am 13. Oktober 2016 · St. n. Kniegelenksarthroskopie, Spülung und Débridement, Revision der medio-lateralen Zugschraube am 20. Oktober 2016 St.n. Abszessabdeckung popliteal und Punktion Sicca am 16. Dezember 2017 Beim Beschwerdeführer habe eine notfallmässige Abszessabdeckung popliteal aufgrund eines ausgeprägten Infektes mit Lymphangitis und systemischen Infektzeichen durchgeführt werden müssen. Aktuell zeige sich popliteal noch eine offene Wundbehandlung mit regredienter Wundgrösse und täglichem Verbandswechsel durch die Spitex mit feuchten Verbänden. Die Rötung inguinal sei komplett weg. Im Bereich des Unterschenkels bestehe noch eine diskrete Rötung. Der Beschwerdeführer sei unter Antibiotikatherapie mit Co-Amoxicillin. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde bis zum 12. Januar 2018 verlängert. Am 23. Februar 2018 erging ein weiterer Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 184), worin festgehalten wurde, dass die Wunde popliteal nun komplett verheilt sei. Mit dem Beschwerdeführer sei vereinbart worden, dass er für die nächsten drei Monate seine berufliche Tätigkeit wieder ab dem 12. Februar 2018 zu 100 % aufnehmen werde. Allerdings mit einer 50%igen Leistung im Lager resp. 80%iger Leistung als Lastwagenchauffeur. Die nächste klinische radiologische Kontrolle werde in drei Monaten stattfinden. Einem weiteren Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2018 (Suva-Nr. 194) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die zwingende Arbeitsfähigkeit zum 1. Juni 2018 zu 100 % wünsche. Er berichte, dass er jetzt einen Arbeitsplatz als Beifahrer eines Lastwagens hätte. Hier sei er laut eigenen Angaben und eigener Einschätzung zu 100 % arbeitsfähig. Er müsse drei Stunden pro Tag Ladearbeiten durchführen. Dem könne entsprochen werden. Der Beschwerdeführer wünsche ebenfalls den Behandlungsabschluss, diesem schliesse man sich an.

4.13 Am 15. August 2018 fand eine zweite kreisärztliche Untersuchung durch med. pract. C.\_\_\_\_ statt (Suva-Nr. 214). Er stellte folgende Diagnosen: Fremdverursachter (PW-) Motorrad-Unfall am 14. September 2016 mit:

Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore (AO-Typ 41-B1.3) · Status nach geschlossener Reposition und kniegelenksüberbrückender Fixateur externe-Anlage am 14. September 2016 · Status nach Entfernung des Fixateurs, offener Reposition und Schrauben-Osteosynthese sowie transtibialer Refixation mit Fibretape des ossären VKB-Ausrisses tibial, transtibialer Refixation des Aussenmeniskus-Vorder- und Hinterhornausrisses, Naht des Innenmeniskus-Hinterhornes und Abstützplatten-Osteosynthese postero-medial mit

#### **E. 16**

Dezember 2017: Kniegelenkspunktion, Débridement, Spülen, feuchter Wundverband · 23. November 2017: OSME dorsal, Kniegelenksarthroskopie, arthroskopisch assistierte Entfernung der Schraube im Bereich der Eminentia intercondylaris, TME medial, partielle OSME im Bereich der Tibiametaphyse ·

#### **E. 20**

Oktober 2016: Kniegelenksarthroskopie, Spülung, Débridement, Revision der medio-lateralen Zugschraube · 13. Oktober 2016: Kniegelenksarthroskopie, Spülung, Débridement, Revision postero-medial mit Débridement und Biopsie-Entnahmen · 29. September 2016: Offene Reposition, Osteosynthese mit Zugschrauben 2.7 und 3.5 mm, transtibiale Refixation mit FiberTape des ossären VKB-Ausrisses tibial, transtibiale Refixation des Aussenmeniskusvorderhornes und Hinterhornausriss, Naht des Innenmeniskushinterhornes und Abstützplatten-Osteosynthese posteromedial mit 2.4 mm distaler Radius-LCP VA · 14. September 2016: Tibiakopfluxationsfraktur rechts Typ II nach Moore Weiter führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, er sehe eine enorme Diskrepanz zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und den entsprechenden radiologischen Befunden. Der Beschwerdeführer sei aktuell beschwerdefrei, habe eine gute Stabilität, kein Unsicherheitsgefühl im Bereich des rechten Kniegelenkes und keine Anzeichen auf ein Wiederaufflammen einer Infektion. Radiologisch zeige sich eine sehr ungemütliche Situation mit einer grösseren Defektbildung im Bereich des medialen Schienbeinkopfes sowie auf dem letzten CT auch Anteile von pseudarthrotischen Bereichen im Bereich des Schienbeinkopfes. Er gehe davon aus, dass diese sklerotischen avitalen Anteile immer noch gewisse Bakterien beinhalten könnten jedoch im Moment sicher kein operativer Eingriff erfolgen sollte, auch kein Einsetzen von avitalem Knochenmaterial oder einer Prothese (Fremdkörper). Er denke, viel wichtiger sei im Moment die Optimierung der jetzigen Situation bezüglich Belastbarkeit des Kniegelenkes. Daher empfehle er zusätzlich das Durchführen eines Orthoradiogramms zur Bestimmung der Beinachse und gegebenenfalls die Valgisierung des Kniegelenkes zur Entlastung der medialen Defektzone. Auf der anderen Seite sicher auch die Optimierung am Arbeitsplatz. Hier sei die Invalidenversicherung gefragt mit einer sicher notwendigen Umschulung des Beschwerdeführers zur Minimierung der Belastung des Kniegelenkes bei seiner Arbeit. Im Moment sehe er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit max. Heben von Lasten bis 10 bis 15 kg teils stehend, teils sitzend. Erst bei Auftreten von Beschwerden oder Zunahme des CRP sollte die Weiterabklärung mittels Knochenszintigrafie erfolgen in Kombination mit einer SPECT-CT-Untersuchung, zum Eruiieren von Infektanteilen oder avitalen Bereichen im Bereich des Schienbeinkopfes. Nach durchgeführtem Orthoradiogramm sei die Besprechung des weiteren Procederes bei ihm in der Sprechstunde vorgesehen. Am 24. Oktober 2018 fand – nach durchgeführtem Orthoradiogramm vom 23. Oktober 2018 (vgl. Suva-Nr. 238) – eine erneute Sprechstunde bei Dr. med. D.\_\_\_\_ statt. Seinem gleichentags

ergangenen Bericht (Suva-Nr. 239) lässt sich entnehmen, dass sich glücklicherweise bei der Defektsituation des medialen Tibiaplateaus eine valgische Beinachse mit Belastung der besseren und guten Knieaussenseite zeige. Daher sei der Beschwerdeführer aktuell auch in der Lage, stock- und hinkfrei zu gehen. Wie bereits im letzten Bericht geschrieben, empfehle er aktuell keine weiteren, insbesondere keine operativen Massnahmen. Erst bei Beschwerdezunahme empfehle er die Weiterabklärung mittels SPECT-CT zur Verifikation der Knochendurchblutung im Schienbeinkopf sowie zur Abklärung der Defektsituation. Weiter empfehle er in unregelmässigen Abständen CRP-Verlaufskontrollen, um sicher zu sein, dass kein Aufflammen des Infektes stattfinde. Sinnvoll wäre auch eine Schuhversorgung zur Verhinderung von zusätzlichen Läsionen mit allfälligen Infektionen im Bereich des Fusses. Er empfehle hierzu die Weiterabklärung in der Sprechstunde von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Fuss- und Sprunggelenkschirurgie, Klinik E.\_\_\_\_. 4.15 Dr. med. I.\_\_\_\_ berichtete am 14. November 2018 über die Konsultation in seiner Sprechstunde (Suva-Nr. 242). Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht entnehmen: Punktförmige Hyperkeratosen Fusssohle bds. Pes planus bds. Beginnende posttraumatische Defektgonarthrose Knie rechts Die punktförmigen Hyperkeratosen seien als Hauterkrankung zu betrachten, hätten keinen Zusammenhang mit der Fusstatik oder -dynamik. Sie müssten regelmässig abgetragen werden, häufig verliere sich das Problem mit der Zeit. Einlagen oder Spezialschuhwerk seien nicht indiziert. Eine erneute Kontrolle sei jederzeit bei Bedarf möglich. 4.16 Am 22. November 2018 nahm der Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_ ein letztes Mal Stellung zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 243) und führte aus, von weiteren Behandlungsmassnahmen könne keine namhafte Besserung erwartet werden. Die vorbestehende Beurteilung des unfallkausalen Integritätsschadens und der Zumutbarkeit vom 23. August 2017 gelte unverändert. 5. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen des Kreisarztes med. pract. C.\_\_\_\_ vom 22. August 2017 (vgl. E. II. 4.8 hiervor) und vom 15. August 2018 (vgl. E. II. 4.13 hiervor), weshalb nachfolgend zu prüfen ist, ob dies korrekt ist. 5.1 Den kreisärztlichen Beurteilungen von med. pract. C.\_\_\_\_ vom 22. August 2017 und vom 15. August 2018 (vgl. E. II. 4.8 und 4.13 hiervor) ist grundsätzlich voller Beweiswert zuzusprechen, denn sie basieren auf persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers, sind für die streitigen Belange umfassend und sind in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden. Seine Berichte werden daher den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 3.2 hiervor) grundsätzlich gerecht. Inhaltlich nimmt med. pract. C.\_\_\_\_ Bezug auf das Unfallereignis, die in der Folge durchgeführten bildgebenden Untersuchungen, den dokumentierten Verlauf (mit den operativen Eingriffen) sowie die Beurteilungen des orthopädischen Spezialztes Dr. med. D.\_\_\_\_. Ferner vermag die von med. pract. C.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. das Zumutbarkeitsprofil bezüglich der im rechten Knie geklagten Beschwerden aufgrund der vorliegenden Akten zu überzeugen. Er gelangt in weitgehender Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ zum Ergebnis, dem Beschwerdeführer sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter Produktion nicht mehr zumutbar, er könne jedoch eine geeignete Arbeit im Rahmen eines vollen Pensums ausüben. Es liegen denn auch keine ärztlichen Berichte vor, welche dem kreisärztlich statuierten Zumutbarkeitsprofil bedeutend widersprechen würden. Selbst die behandelnden Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_ kamen zum Schluss, dem Wunsch des Beschwerdeführers, es sei ihm eine Arbeitsfähigkeit von 100 % am neuen Arbeitsplatz als Beifahrer eines Lastwagens zu attestieren, könne entsprochen werden. Auch seinem Wunsch, die Behandlung

abzuschliessen, wurde entsprochen (vgl. E. II.

**E. 22**

August 2017 implizit festgehalten, dass mit einem schnellen Fortschreiten der Gonarthrose zu rechnen sei. Somit sei mindestens eine Integritätsentschädigung von 35 % gerechtfertigt (Beschwerde S. 14 f.; A.S. 25 f.).

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