

200 19 140 UV  
SCJ/BOC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 30. September 2019**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 29. Januar 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1984 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er sich am 8. August 2012 beim Fussballspielen das linke Knie verdrehte (Akten der Suva [act. II] 1, 5). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nach anfänglich konservativer Therapie erfolgten am 20. März, 9. September und 20. Dezember 2013 operative Eingriffe am linken Knie (act. II 61, 95, 131). Nachdem die Suva in der Klinik D.\_\_\_\_\_ eine Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) hatte durchführen lassen (Bericht vom 30. Januar 2018 [Akten der Suva {act. IIa} 538]), sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 1. Juni 2018 (act. IIa 561) ab Verfügungsdatum eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 18 % basierend auf einem Jahresverdienst von Fr. 78'403.-- zu. Gleichzeitig verneinte sie den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIa 569, 575) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 29. Januar 2019 ab (act. IIa 585).

Mit Schreiben vom 2. Oktober 2018 hatte die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB) die Suva darüber informiert, dass im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben werde (act. IIa 583).

### **B.**

Gegen den Einspracheentscheid vom 29. Januar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, am 15. Februar 2019 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei ihm ab 1. Juni 2018 eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 100 % sowie eine

Integritätsentschädigung von mindestens 30 % auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Mai 2019 ersuchte der Instruktionsrichter die IVB, dem Gericht die IV-Akten des Beschwerdeführers zur Einsichtnahme zuzustellen. Die Akten gingen am 20. Mai 2019 beim Gericht ein.

Der Instruktionsrichter gab den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 21. Mai 2019 Gelegenheit, sich zu den IV-Akten – insbesondere zum polydisziplinären Gutachten der F. \_\_\_\_\_ (MEDAS; Akten der IVB [act. IIIa] 118.1 - 118.5]) vom 8. April 2019 – abschliessend zu äussern.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Stellungnahme vom 18. Juni 2019 weiterhin die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer hält mit Stellungnahme vom 19. Juli 2019 sinngemäss unter Einreichung zusätzlicher Unterlagen an den gestellten Rechtsbegehren fest. Diese Eingaben wurden den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 23. Juli 2019 wechselseitig zugestellt.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 29. Januar 2019 (act. IIa 585), mit welchem die Zusprechung einer Invalidenrente von 18 % mit Wirkung ab 1. Juni 2018 bestätigt und an der Ablehnung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung festgehalten worden ist. Streitig sind der Anspruch auf eine Invalidenrente und derjenige auf eine Integritätsentschädigung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Da sich der hier relevante Unfall am 8. August 2012 und somit vor dem 1. Januar

2017 ereignet hat, ist der vorliegende Fall anhand der bisherigen gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen.

**2.2** Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

**2.3** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.5** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig

möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

**2.5.1** Für die Bemessung des Valideneinkommens ist in der Unfallversicherung nach jenem hypothetischen Verdienst zu fragen, welchen die versicherte Person ohne die unfallbedingte Schädigung wahrscheinlich erzielen würde. Dieser kann sich zwar mit dem mutmasslichen Verdienst als gesunde Person decken, aber nur dann, wenn keine weiteren, nicht unfallbedingten, leistungsschmälernden Beeinträchtigungen vorhanden sind (SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.1).

**2.5.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

**2.5.3** Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidens-

bedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**2.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.7** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### 3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führte im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 22. August 2017 (act. Ila 506) die folgenden Diagnosen auf:

- Chronifizierter neuropathischer Schmerz linkes Kniegelenk
- CRPS
- Status nach Distorsionstrauma am 8. August 2012 mit fibulotibialer Instabilität linkes Kniegelenk
- Status nach Sehnenrefixation und Schraubenarthrodese proximal am fibulotibialen Gelenk

Der Kreisarzt hielt fest, beim Beschwerdeführer habe sich nach einem Distorsionstrauma des linken Kniegelenkes mit Teilruptur der Quadrizepsmuskulatur sowie Instabilität des lateralen Bandapparates ein chronisch-neuropathischer Schmerz entwickelt, der das Leben stark beeinträchtige. Es bestehe zum jetzigen Zeitpunkt eine völlige Belastungsunfähigkeit des linken Beines bei leicht eingeschränkter Bewegungsfähigkeit. Die Situation sei problematisch, da eine erhebliche depressive Verstimmung entstanden sei. Der Beschwerdeführer sehe keine Perspektive im Leben und spreche während der Untersuchung die Frage der Amputation des Beines an, in der Hoffnung, dass der Schmerz sich dadurch reduzieren möge. Die Angaben der Konzentrationsfähigkeit auf maximal 1/2 bis vielleicht 3/4 Stunden je nach Interessenlage sei nachvollziehbar. Die Fortführung der analgetischen Behandlung, wie vom Spital N.\_\_\_\_\_ vorgesehen, sei problematisch. Es entstehe der Eindruck, dass die Medikation zum Teil sehr hoch eingestellt und gleichzeitig der Effekt nur gering sei. Es werde folgendes provisorisches Zumutbarkeitsprofil ermittelt: Der Beschwerdeführer könne in sitzender Tätigkeit Arbeiten mit einem Zeitaufwand von 3 x 1/2 Stunde pro Tag durchführen. Einschränkungen der Tätigkeit der oberen Extremität

beständen nicht. Der Arbeitsplatz müsse so gestaltet sein, dass der Beschwerdeführer die Möglichkeit habe, sich hinzulegen und der Arbeitsplatz müsse rollstuhlfähig sein.

**3.2** Im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2018 (act. IIa 538) zu der am 21. Dezember 2017 durchgeführten EFL wurden die folgenden Diagnosen gemäss Akten angegeben:

- A. Unfall vom 8. August 2012: Kniegelenksdistorsion links beim Fussballspielen
- 16. August 2012: MRI-Kniegelenk links: Vollständige Ruptur der distalen Sehne des Biceps femoris links mit Retraktion von ca. 1,3 cm. Kein Hinweis für Kniebinnenläsionen.
  - 20. März 2013 Arthroskopie, offene Revision der lateralen Seite, Anfrischen des Fibulaköpfchens, transossäre Refixation von Bicepssehne und LCL, Arthrodese des proximalen tibulotibialen Gelenkes Knie links
  - 9. September 2013 Arthroskopie des linken Kniegelenkes, offene Revision der lateralen Seite, Inzision im Bereich des lateralen Fibulaköpfchens und Aufsuchen des lateralen Anteiles der Stellschraube, Metallentfernung Knie links
  - 20. Dezember 2013 Revision der lateralen Seite, Gelenkanfrischung und Débridement, Spongiosaplastik des proximalen fibulotibialen Gelenkes, erneute Arthrodese mit einer 4 mm Titanschraube, Resektionsosteotomie der proximalen Fibula Knie links
  - 24. März 2016 MR Neurographie Knie links nativ: Soweit bei Bewegungsartefakten beurteilbar unauffällige MR Neurographie des distalen N. ischiadicus sowie des N. peroneus und N. tibialis links. Keine Denervationszeichen in den Muskeln des Ober-/Unterschenkels links. Postoperative Signalveränderung im Ansatzbereich des M. tibialis anterior links.
- B. St. n. mehreren unerklärlichen Synkopen (Implantation eines Reveal 2012)

Es wurde festgehalten, als aktuelle Probleme beständen chronifizierte, ausgeprägte Schmerzen an der Aussenseite des linken Knies mit intermittierender Ausstrahlung vom distalen Oberschenkel bis in die Zehen im Sinne eines Dauerschmerzes, der bei Belastung wesentlich stärker werde. Eine fachärztliche klinische Untersuchung sei sehr erschwert und nur eingeschränkt möglich. Die Angabe von starken Schmerzen verunmögliche gewisse Untersuchungsgänge und -manöver. Der Beschwerdeführer sei mehrfach operiert worden, zuletzt im Dezember 2013. Es habe sich ein chronisches Schmerzsyndrom des linken Knies bzw. Beines entwickelt, das sich über die Jahre absolut therapierefraktär gezeigt habe. Das präsentierte Ausmass an Funktionseinbusse auf Grund der Schmerzen sei enorm. Die

Rollstuhlversorgung sei aus medizinisch-rehabilitativer Sicht nur sehr schwer nachzuvollziehen. Ein weiteres Problem sei der hohe Schmerzmittelkonsum, explizit sei hier das Opioid Palexia in hoher Dosierung genannt. Eine somatische Ursache könne man mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen und selbst wenn man ein somatisches Korrelat finden würde, z.B. eine Nervenläsion, würde dies das präsentierte Ausmass der Schmerzen nicht erklären. Nach UVG seien somit alle Voraussetzungen für einen Fallabschluss gegeben, nämlich dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine Besserung mehr zu erwarten sei. Die Evaluation der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Beschwerdeführers mittels EFL-Testung habe nicht wie vorgesehen durchgeführt werden können, denn der Beschwerdeführer habe sich nicht in der Lage gesehen, die Mehrheit dieser standardisierten Testbatterie durchzuführen. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Auf Grund der Testbeobachtungen bestehe der Verdacht, dass zusätzlich zu den somatisch bedingten Einschränkungen auch eine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegen könnte. Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei noch leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags, welche wechselbelastend sei und keine wiederholte Einnahme von Zwangshaltungen für das Knie wie Knien, Kauern und Hocken beinhalte.

**3.3** In der Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 9. bzw. 16. Mai 2018 (act. Ila 558) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- chronifizierter neuropathischer Schmerz linkes Kniegelenk

- Status nach Distorsionstrauma am 8. August 2012 mit fibulotibialer Instabilität linkes Kniegelenk
- Status nach Sehnenrefixation und Schraubenarthrodese proximales fibulotibiales Gelenk

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gab an, anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im Sommer 2017 habe der Beschwerdeführer einen erheblichen Ermüdungsprozess bei kurzfristiger sitzender Position mit erheblichem Erholungsbedarf in streng liegender Position demonstriert. Das damalige Zumutbarkeitsprofil sei aufgrund der einmaligen Demonstration anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung bewusst als provisorisches Profil etabliert worden. Anlässlich der EFL habe eine genauere Testung sowie eine Beobachtung des Beschwerdeführers vorgenommen werden können. Die von den Kollegen in der Klinik D. \_\_\_\_\_ ermittelte Zumutbarkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt basiere auf der Beobachtung, ferner der demonstrierten Leistungsfähigkeit und der anlässlich der Beobachtung anzunehmenden Leistungsfähigkeit. Das Zumutbarkeitsprofil für den allgemeinen Arbeitsmarkt werde wie folgt definiert: Der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und kurzfristig Gehen ausführen. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten seien nicht möglich. Tätigkeiten in kniender oder hockender Position könnten nicht ausgeführt werden. Arbeiten mit hohen Anforderungen an das Kniegelenk seien nicht möglich. Arbeiten auf unsicherem Untergrund und abschüssigem Gelände könnten nicht ausgeführt werden. Das Heben und Tragen von Gegenständen sei beidarmig bis maximal 15 kg möglich, das Tragen über eine längere Strecke sollte vermieden werden. Das häufige Begehen von Treppen sollte vermieden werden. Bei Einhaltung der oben genannten Kriterien bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Einsetzbarkeit. Dieses Zumutbarkeitsprofil beziehe sich ausschliesslich auf die körperlichen Folgen des Unfalls aus dem Jahre 2012 auf somatischem Gebiet. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung seien die Feststellung der Bewegungsfähigkeit sowie die Prüfung der Bandstrukturen erfolgt, hierbei hätten keine höhergradigen Einschränkungen festgestellt werden können. Radiologisch bestünden keine Hinweise auf eine unfallbedingte arthrotische Veränderung. Daraus lasse sich schliessen, dass eine Integritätsentschädigung nicht geschuldet sei. Eine Weiterführung der Tätigkeit als ... sei aufgrund der fehlenden Eigensicherung und des ermittelten Zumutbarkeitsprofils nicht möglich.

**3.4** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 8. April 2019 (inklusive Teilgutachten [act. IIIa 118.1 - 118.5]) basiert auf Untersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben (act. IIIa 118.1/7):

Chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 T93.8/Z98.8)

- Status nach Knie-distorsion am 8. August 2012
- Status nach Kniearthroskopie, offener lateraler Revision, Anfrischen des Fibulaköpfchens, transossärer Refixation von Bizepssehne und LCL sowie Arthro-dese des proximalen Tibiofibulargelenkes am 20. März 2013 bei Abriss der Bizepssehne mit LCL-Ablösung sowie Instabilität des proximalen Tibiofibulargelenkes (PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital I.\_\_\_\_\_)
- Status nach Kniearthroskopie, offener lateraler Revision, Inzision im Bereich des lateralen Fibulaköpfchens und Entfernung des abgebrochenen lateralen Anteils der Schraube am 9. September 2013 (PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Spital I.\_\_\_\_\_)
- Status nach Revision der lateralen Seite, Anfrischung des proximalen Tibiofibulargelenkes, Débridement, Spongiosaplastik, erneuter Schraubenarthrodese sowie Resektionsosteotomie der proximalen Fibula am 20. Dezember 2013 bei non-union (PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Spital I.\_\_\_\_\_)
- radiologisch regelrechter postoperativer Befund (Röntgen 22. Januar 2019)

In der interdisziplinären medizinischen Beurteilung gaben die Gutachter an, aus orthopädischer Sicht beeinflussten die chronischen Kniebeschwerden links nach mehrfacher Knieoperation links die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit längerem Stehen, Gehen und Zwangshaltungen des linken Kniegelenkes, einschliesslich der angestammten Tätigkeit, bestehe aufgrund der objektivierbaren Befunde aus orthopädischer Sicht eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht nicht eingeschränkt. Weder aus neurologischer noch aus allgemein-internistischer Sicht könne eine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch die psychiatrischen Diagnosen einer leichten depressiven Episode, einer chronischen Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren und einer Störung durch Opioid-Analgetika, ständiger Gebrauch, schränkten die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Die Konsistenzprüfung erfolge in den spezialärztlichen Teilgutachten. Es seien dabei diverse Inkonsistenzen beschrieben. Die subjektiven Limitierungen könnten weitgehend nicht nachvollzogen werden. So bestehe beispielsweise keine Notwendigkeit für Gehstöcke, einen Rollstuhl oder anderweitige Gehhilfen. In der angestammten Tätigkeit könne eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit seit der am 8. August 2012 erlittenen Knie-Distorsion angenommen werden. Bei einer angepassten Tätigkeit sollte es sich um eine körperlich leichte, immer wieder sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung handeln. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine 100 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (8 - 8.5 Stunden Präsenz ohne Leistungsminderung). Die Gesamtarbeitsunfähigkeit begründe sich durch die Einschränkungen aufgrund der orthopädischen Diagnose. Da keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestehe, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich additivem oder ergänzendem Effekt von Einschränkungen.

**3.5** Im Bericht der Klinik für Schmerztherapie des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. Ia] 2) wurden die folgenden (Haupt-)Diagnosen angegeben:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
2. Chronische Gonalgie links
3. V. a. kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und vermeidenden Anteilen F61
4. Medikamentenübergewissbrauch
5. Myofasziale Rückenschmerzen
6. Rezidivierende unklare Synkopen 2012
7. Anamnestisch Medikamentenunverträglichkeit von Novalgin (Exanthem), Tramal und Lyrica (Schwindel)

Es wurde festgehalten, nach Neuraltherapie habe es eine kurzfristige Schmerzlinderung gegeben. Hier sei der Beschwerdeführer zum ersten Mal begeistert gewesen, dass er weniger Schmerzen verspüre, besser schlafen könne und mehr Lebensfreude verspüre. Er nehme Palexia 100 mg (4-mal täglich seit über 3 Jahren), vorher sogar 500 mg, Irfen 600 mg (4-mal täg-

lich) unter Magenschutz mit Pantozol 40 mg und zum Schlafen Valdoxan 50 mg. Nichtsdestotrotz habe sich unter dieser Analgesie keine deutliche Schmerzlinderung gezeigt. Der Beschwerdeführer habe sich rasch in die Patientengruppe integriert und sei stets motiviert gewesen. Er habe durch den multimodalen Therapieansatz stark profitieren können. Weiterhin seien wiederholte Neuraltherapie-Interventionen zur Schmerzlinderung sowie eine sonographisch gesteuerte Blockade des Nervus peroneus erfolgt, dadurch Rückgang der Schmerzausbreitung. Die Palexiadosis habe reduziert werden können. Der Beschwerdeführer laufe zwar immer noch an Unterarmgehstöcken, dennoch werde sein Gang fließender und sicherer. Den Rollstuhl nutze er nur für lange Strecken. Im Abschlussgespräch gebe er an, dass er durch die stationäre multimodale Therapie Fortschritte gemacht habe. Die Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenkes seien signifikant zurückgegangen. Es gelte noch mal klar festzuhalten, dass im Rahmen des vorliegenden Aufenthaltes die Vernarbungen im Bereich des Nervus peroneus triggernde Ursache für die Schmerzen seien.

#### **4.**

**4.1** Zu Recht unbestritten geblieben ist, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss (vgl. BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201, 134 V 109 E. 4.3 S. 115) per Ende Mai 2018 vornehmen durfte (act. IIa 551, 561), da im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2018 (act. IIa 538) schlüssig und überzeugend festgehalten wurde, dass nach UVG alle Voraussetzungen für einen Fallabschluss gegeben seien, nämlich dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine Besserung mehr zu erwarten sei (act. IIa 538/3).

#### **4.2**

**4.2.1** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin ursprünglich auf den Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2018 über die EFL vom 21. Dezember 2017 (act. IIa 538). Das hierbei ermittelte Zumutbarkeitsprofil – Zumutbarkeit von leichter bis mittelschwerer Arbeit ganztags, welche wechselbelastend sei und keine wiederholte Einnahme von Zwangshaltungen für das Knie wie Knien, Kauern und Hocken beinhal-

te – wurde vom Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 9. bzw. 16. Mai 2018 bestätigt (act. IIa 558).

**4.2.2** In der Beschwerde zieht der Beschwerdeführer diese Beurteilung in Zweifel. Er macht geltend (Beschwerde S. 4 f.), aufgrund starker schmerzbedingter Einschränkungen habe die Testung bei der EFL nicht durchgeführt werden können. Obwohl folglich keine verwertbaren Ergebnisse vorgelegen hätten, habe die Klinik D. \_\_\_\_\_ eine medizinisch-theoretische Beurteilung der Leistungsfähigkeit vorgenommen. Die entsprechende Beurteilung basiere nicht auf einer Untersuchung des Beschwerdeführers, sondern auf Rückschlüssen aus dem Umstand, dass die Testungen nicht hätten durchgeführt werden können. Dieser Beurteilung komme somit kein Beweiswert zu, nachdem sie nicht umfassend sei und nicht auf eigentlichen Untersuchungen beruhe. Zudem verweist der Beschwerdeführer auf ein polydisziplinäres Gutachten, welches von der Invalidenversicherung in Auftrag gegeben werde (Beschwerde S. 5).

**4.2.3** Das entsprechende Gutachten der MEDAS vom 8. April 2019 (inklusive Teilgutachten [act. IIIa 118.1 - 118.5]) liegt mittlerweile vor. Dieses kann berücksichtigt werden, auch wenn es zeitlich nach dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Januar 2019 (act. IIa 585) – dem für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – datiert, denn es erlaubt Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (Umkehrschluss aus SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), fanden die gutachterlichen Untersuchungen vom 4. bis 6. Februar 2019 (act. IIIa 118.1/5) doch ganz kurz nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 29. Januar 2019 (act. IIa 585) statt. Zudem erhielten die Parteien Gelegenheit, sich zur Expertise zu äussern (vgl. prozessleitende Verfügung vom 21. Mai 2019, Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 18. Juni 2019, Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 19. Juli 2019).

Das Gutachten der MEDAS vom 8. April 2019 (inklusive Teilgutachten [act. IIIa 118.1 - 118.5]) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.7 hiavor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den notwendigen

Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich ausführlich mit den bei den Akten liegenden fachärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Es erfüllt somit sämtliche Anforderungen an beweismässige ärztliche Entscheidungsgrundlagen.

Im Gutachten der MEDAS wird das von der Beschwerdegegnerin angenommene Zumutbarkeitsprofil – auch unter zusätzlicher Berücksichtigung allfälliger unfallfremder Beeinträchtigungen – insoweit bestätigt, als leichte, adaptierte Tätigkeiten vollschichtig und bei vollem Rendement zumutbar sind (act. IIIa 118.1/9). Für das Ausmass der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und demonstrierten Einschränkungen ist kein medizinisch objektiviertes Korrelat ersichtlich. Überzeugend und schlüssig wurde diesbezüglich im neurologischen Teilgutachten festgehalten (act. IIIa 118.3/5), von neurologischer Seite her wesentlich sei, dass zu keinem Zeitpunkt ein objektives neurologisches Defizit festgestellt worden sei und es könne hier ausdrücklich auf den Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, aus dem Jahr 2015 (act. II 334 f.) verwiesen werden. Dieser habe anhand seiner Untersuchung einschliesslich Elektrophysiologie eine markante Läsion der Beinnerven explizit ausgeschlossen. Aufgrund der Angabe des Beschwerdeführers habe eine Minderempfindung, eine leichte Störung sensibler Fasern des Nervus peroneus nicht ausgeschlossen werden können, welche aber funktionell nicht von Bedeutung sei. Dieser Einschätzung sei von der aktuellen Untersuchung her zuzustimmen, es finde sich gleichfalls in objektiver Hinsicht kein Defizit. Die gebotenen leichten Minderumfänge seien hinreichend mit einer Minderaktivität erklärbar, wobei der Verschmutzungsgrad der Fusssohlen auf eine seitengleiche Belastung hinweise. Auch im orthopädischen Teilgutachten wurde schlüssig und nachvollziehbar angegeben (act. IIIa 118.4/9), zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich das anamnestisch und klinisch sehr diffus präsentierte Bild auf rein orthopädischer Ebene keinesfalls klar nachvollziehen lasse. Weder aufgrund der heutigen Untersuchung noch der dokumentierten klinischen, radiologischen, nuklearmedizinischen, intraoperativen und infiltrativen Befunde

könnten auf Ebene des Bewegungsapparates Faktoren identifiziert werden, welche das als invalidisierend präsentierte Geschehen erklären könnten. Als erstaunlich sei dabei die offenbar nur minime Umfangsdifferenz der vermeintlich seit Jahren massiv geschonten Extremität zu werten. Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Auto fahre sowie die deutliche Handbeschwellung korrelierten nicht mit dem insgesamt als äusserst passiv geschilderten Lebensstil. Schliesslich ist auch dem psychiatrischen Teilgutachten in überzeugender und schlüssiger Weise zu entnehmen (act. IIIa 118.5/5), dass die Schmerzsymptomatik deutlich ausgeprägt sei und mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne. Zudem wurde angegeben (act. IIIa 118.5/7), im heutigen Untersuchungsgespräch habe der Beschwerdeführer ein aggravatorisches Verhalten mit einer deutlich nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung gezeigt.

**4.2.4** Die vom Beschwerdeführer aufgrund eines Berichts der Klinik für Schmerztherapie des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2019 (act. Ia 2) in der Stellungnahme vom 19. Juli 2019 erhobenen Einwendungen, wonach die Vernarbungen im Bereich des Nervus peroneus triggernde Ursache für die Schmerzen seien, womit ein somatischer Befund vorliege, vermögen den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS vom 8. April 2019 (act. IIIa 118.1) nicht in Zweifel zu ziehen. Denn im neurologischen Teilgutachten wurde unter Verweis auf den Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 19./21. September 2015 (act. II 334 f.) festgehalten, aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers habe eine Minderempfindung, eine leichte Störung sensibler Fasern des Nervus peroneus nicht ausgeschlossen werden können, welche aber funktionell nicht von Bedeutung sei. Zudem wurde im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2018 (act. IIa 538) zur EFL vom 21. Dezember 2017 festgehalten, selbst wenn man ein somatisches Korrelat finden würde, z.B. eine Nervenläsion, würde dies das präsentierte Ausmass der Schmerzen nicht erklären.

**4.2.5** Was die psychische Problematik anbelangt, ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten (Beschwerdeantwort S. 5), dass selbst wenn man die natürliche Kausalität (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1) zwischen der psychischen Problematik und dem Un-

fall vom 8. August 2012 bejahen würde, die adäquate Kausalität (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2) zu verneinen wäre, da das Verdrehen des Knies ein leichtes bzw. banales Ereignis darstellt (vgl. BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Im Übrigen haben die Gutachter der MEDAS den psychiatrischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (act. IIIa 118.1/8).

**4.3** Somit ist die Invaliditätsbemessung auf der Grundlage einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Arbeit (vgl. act. IIIa 118.1/9) vorzunehmen.

## **5.**

**5.1** Für die Bemessung des Valideneinkommens ist in der Unfallversicherung nach jenem hypothetischen Verdienst zu fragen, welchen die versicherte Person ohne die unfallbedingte Schädigung wahrscheinlich erzielen würde (vgl. E. 2.5.1 hiavor). Da der Beschwerdeführer die Stelle bei L. \_\_\_\_\_ nur angenommen hat, weil er bei seiner vorherigen Arbeitgeberin, der M. \_\_\_\_\_ GmbH, keine Schontätigkeit ausführen konnte (act. II 29), ist davon auszugehen, dass er ohne Unfall nach wie vor bei Letzterer angestellt wäre. Folglich hat die Beschwerdegegnerin zu Recht abweichend von der Verfügung vom 1. Juni 2018 (act. IIa 561), wo für das Valideneinkommen auf des Einkommen im Jahr 2018 bei L. \_\_\_\_\_ im Betrag von Fr. 74'100.-- (13 x Fr. 5'700.-- [act. IIa 550]) abgestellt wurde, im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Validenlohn im Jahr 2018 bei der M. \_\_\_\_\_ GmbH von Fr. 72'930.-- (Fr. 5'610.-- x 13 [act. IIa 552]) abgestellt (act. IIa 585/14). Dies ist zu Recht unbestritten geblieben.

**5.2** Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen ursprünglich nach Massgabe der LSE 2014 ermittelt und das Einkommen unter Annahme eines – grosszügig ausgefallenen – Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. E. 2.5.3 hiavor) von 10 % auf Fr. 61'074.-- festgesetzt. Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 18 % (act. IIa 559, 561). Im Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf die Daten der nunmehr zur Verfügung stehenden LSE 2016 abgestellt, da der Beschwerdeführer nach

Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Auszugehen ist dabei von der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total, Männer, im Betrag von monatlich Fr. 5'340.--, Fr. 64'080.-- jährlich. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2016 von 41.7 Stunden ergibt dies einen Betrag von Fr. 66'803.40 (Fr. 64'080.-- : 40 h x 41.7 h). Indexiert auf das Jahr 2018 resultiert ein Betrag von Fr. 67'401.05 (Tabelle T1.1.15 Nominallohnindex, Männer, 2016 - 2018, Total, Index Jahr 2016: 100.6 Punkte, Index Jahr 2018: 101.5 Punkte [Fr. 66'803.40 : 100.6 x 101.5]). Die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ergibt ein Invalideneinkommen von Fr. 60'660.95 (Fr. 67'401.05 x 0.9).

**5.3** Bei der Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 17 % ( $100 / \text{Fr. } 72'930.-- \times [\text{Fr. } 72'930.-- - \text{Fr. } 60'660.95] = 16.82 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Dieser Invaliditätsgrad rechtfertigt keine reformatio in peius, zumal eine solche von der Beschwerdegegnerin auch nicht beantragt worden ist.

## **6.**

**6.1** Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

**6.1.1** Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

**6.1.2** Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch

gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (vgl. Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva). Diese Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

**6.1.3** Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35).

**6.2** Gestützt auf die Akten hat der Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 9. bzw. 16. Mai 2018 (act. IIa 558) keine Schädigung feststellen können, welche Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verleihen würde. Er verwies dabei schlüssig und überzeugend auf die anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. August 2017 (act. IIa 506) vorgenommene Prüfung der Bewegungsfähigkeit und der Bandstrukturen, welche keine höhergradigen Einschränkungen ergeben hätten. Zudem gab es radiologisch keine Hinweise auf eine unfallbedingte arthrotische Veränderung (vgl. E. 6.1.2 hiavor sowie die Suva-Tabellen 2 [Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten], 5 [Integritätsschaden bei Arthrosen] und 6 [Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten]). Auch aus dem Gutachten der MEDAS vom 8. April 2019 (act.

Illa 118.1) lässt sich kein Befund ableiten, welcher die Zusprache einer Integritätsentschädigung rechtfertigen würde.

## 7.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Januar 2019 (act. Ila 585) nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## 8.

**8.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**8.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.