



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Gisela Bedognetti-Roth, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Ersatzrichterin lic. iur. Judith Fischer
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 7. September 2020
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA B. _____,

gegen

SUVA, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Rechtsabteilung, Postfach 4358,
6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2019 115

A. Der 1970 geborene A. _____ leidet an Multipler Sklerose (MS) und erhielt deshalb ab 1. Juni 2010 eine ganze Invalidenrente und seit dem 1. Oktober 2010 eine halbe Invalidenrente der Invalidenversicherung (IV) zugesprochen (Verfügung vom 17. Februar 2011, Bf-act. 3). Seit dem 1. März 2012 war er als Reinigungskraft in einem Pensum von 50 % bei der C. _____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 2. Oktober 2013 stürzte er beim Heckenschneiden von einer Leiter und zog sich Verletzungen am rechten Unterschenkel sowie am linken Ellbogen zu (Schadenmeldung vom 8. Oktober 2013, Suva-act. 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und gewährte in der Folge Heilbehandlung und entrichtete ein Taggeld. Nach durchgeführten medizinischen Erhebungen sprach ihm die Unfallversicherung für die verbliebenen Unfallfolgen mit Verfügung vom 27. Februar 2017 eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 30 % zu; den Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte sie (Suva-act. 314). Im Nachgang zur erhobenen Einsprache sistierte die Suva das Verfahren formlos und beteiligte sich am durch die IV in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten der medaffairs AG (Suva-act. 378), welches am 16. Juli 2018 (Suva-act. 406) resp. am 27. März 2019 (Suva-act. 420) erstattet wurde. Gestützt hierauf wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 31. Juli 2019 ab (Suva-act. 430).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 12. September 2019 liess A. _____ beantragen, in Aufhebung des Einspracheentscheides sei ihm rückwirkend seit dem 1. August 2016 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zuzusprechen. Der versicherte Verdienst sei auf mindestens Fr. 45'830.70 festzusetzen. Ihm sei zudem eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von mindestens 80 % zuzusprechen. Er rügt dabei eine Verletzung von Art. 28 Abs. 3 UVV. Es seien sowohl die Unfallfolgen als auch der Vorzustand in einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten stehe sodann fest, dass er gar kein Invalideneinkommen mehr erzielen könne. Entsprechend sei ihm rückwirkend ab 1. August 2016 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zuzusprechen. Ansonsten sei die Festsetzung der Vergleichseinkommen fehlerhaft vorgenommen worden. In Berücksichtigung einer korrekten Bemessung ergebe sich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 30 %. Schliesslich bestünden auch Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung der Integritätseinbusse, da nicht alle unfallkausalen Funktionseinschränkungen berücksichtigt worden seien (act. 1).

C. Mit Schreiben vom 21. Oktober 2019 liess der Beschwerdeführer zwei Arztberichte von Dr. med. D._____, FMH Neurologie, vom 18. September und 1. Oktober 2019 ins Recht legen (act. 4).

D. Die Suva schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (act. 7). Auf ihre Ausführungen ist – soweit erforderlich – in den Erwägungen einzugehen.

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 11 und 13).

F. Mit Eingabe vom 4. September 2020 (act. 17) reichte die Suva die kreisärztliche Beurteilung vom 21. August 2020 (Bg-act. 1) und ihre Verfügung vom 2. September 2020 betreffend Integritätsentschädigung für die Beinlängendifferenz (Bg-act. 2) zu den Akten.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in E._____. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 31. Juli 2019. Dieser ging der Rechtsschutzversicherung am 2. August 2019 zu. Die Beschwerdeschrift wurde am 12. September 2019 der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Die Beschwerde ist folglich unter Berücksichtigung des Fristenstillstands gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG binnen der 30-tägigen Frist nach Art. 60 Abs. 1 ATSG rechtzeitig eingereicht worden. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und der Beschwerdeführer ist von der Verfügung des Unfallversicherers berührt und damit als

direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1

2.1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (in casu 31. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab. Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit weiteren Hinweisen).

2.1.2 Übergangsrechtlich ist festzuhalten, dass per 1. Januar 2017 die Revision des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft trat. Nach Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Das vorliegend zu beurteilende Ereignis hat sich am 2. Oktober 2013 zugetragen, weshalb nachfolgend die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewesene Fassung des UVG und der UVV angewendet werden.

2.2

2.2.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind danach identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 2a).

2.2.2 Soweit der Beschwerdeführer Ausführungen zum versicherten Verdienst macht (vgl. act. 1 Ziff. 56 f.), ist er darauf hinzuweisen, dass die Suva sich hierzu weder in der Verfügung noch im angefochtenen Einspracheentscheid geäußert hat, was er sogar selber eingesteht. Mithin wird der versicherte Verdienst nicht vom Anfechtungsgegenstand miterfasst. Weiterungen erübrigen sich damit.

3. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie eine höhere Integritätsentschädigung hat.

3.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 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).

3.3

3.3.1 War die Leistungsfähigkeit der versicherten Person aufgrund einer nicht versicherten Gesundheitsschädigung vor dem Unfall dauernd herabgesetzt, so ist gemäss Art. 28 Abs. 3 UVV für die Bestimmung des Invaliditätsgrades der Lohn, den die versicherte Person aufgrund der vorbestehenden verminderten Leistungsfähigkeit zu

erzielen im Stande gewesen wäre, dem Einkommen gegenüber zu stellen, das sie trotz der Unfallfolgen und der vorbestehenden Beeinträchtigung erzielen könnte. Dieser Sonderfall der Bestimmung des Invaliditätsgrades kommt dort zur Anwendung, wo eine vorbestehende unfallfremde verminderte Leistungsfähigkeit vorliegt, die in keinem Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis steht (Urteil BGer 8C_847/2015 vom 2. September 2016 E. 4.1.1).

Im Rahmen von Art. 28 Abs. 3 UVV handelt es sich bei dem vor dem Unfall erzielten Einkommen bei bereits herabgesetzter Leistungsfähigkeit zwar ebenfalls um ein Invalideneinkommen. Es entspricht jedoch mit Bezug auf den neuen Unfall dem Valideneinkommen, während das nach diesem Unfall erzielbare Einkommen das Invalideneinkommen darstellt (Urteil BGer 8C_847/2015 vom 2. September 2016 E. 4.1.2).

3.3.2 Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einem bestimmten Gesundheitsschaden ist nicht erforderlich, dass der Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache des Gesundheitsschadens ist; vielmehr genügt es, dass der Unfall den Gesundheitsschaden zusammen mit unfallfremden Faktoren hervorgerufen hat und somit nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch der Gesundheitsschaden entfielen (BGE 129 V 402 E. 4.3.1). Wird ein bestimmter, als Einheit zu betrachtender Gesundheitsschaden in der dargelegten Weise durch einen Unfall und durch unfallfremde Faktoren gemeinsam verursacht, so richtet sich die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach den Vorschriften in Art. 36 UVG (Festsetzung einer Rente oder Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren und entsprechende Kürzung, wenn bereits vor dem Unfall eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit bestanden hatte). Demgegenüber gelangt die Regelung in Art. 36 UVG dort nicht zur Anwendung, wo der Unfall und die unfallfremden Faktoren je eine verschiedene Gesundheitsschädigung verursachen. In solchen Fällen sind die Einbussen, die aus diesen verschiedenen Gesundheitsschädigungen resultieren, isoliert zu schätzen und zu entschädigen (vgl. Hürzeler/Caderas, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, Art. 18 N. 35; Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 18 N. 75; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 470 f.; Peter Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 132). Als solche verschiedene Gesundheitsschädigungen sind nach der Rechtsprechung auch somatische und psychische Befunde zu qualifizieren, und zwar selbst dann, wenn sie – wie es

beispielsweise bei Somatisierungsstörungen und psychischen Symptomausweitungen der Fall ist – in einem inneren Zusammenhang stehen (vgl. BGE 126 V 116 E. 3c).

3.4

3.4.1 Es ist Aufgabe des Unfallmediziners, sämtliche Auswirkungen eines Unfalles auf den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Unfallkausalität sowie der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten im Hinblick auf seine persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können. Im Streitfall entscheidet der Richter (BGE 115 V 133 E. 2).

3.4.2 In der Würdigung der einzelnen Beweismittel ist der Richter frei resp. nicht an besondere Beweisregeln gebunden. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. 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 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen). Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten darf der Sozialversicherungsrichter jedoch den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist somit entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge resp. der medizinischen Situation einleuchtet bzw. ob die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass das Bundesgericht auch für den Bereich der Unfallversicherung festhielt, dass es einer Erfahrungstatsache entspreche, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Entsprechend seien hausärztliche Berichte mit Vorbehalt zu würdigen. Es komme ihnen entsprechend auch nicht derselbe Beweiswert zu wie den Berichten von Ärzten, die von der Verwaltung mit der Erstattung einer neutralen Expertise beauftragt worden seien. Die Divergenz vom medizinischen Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes und vom

medizinischen Begutachtungsauftrag lasse es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets dann in Frage zu stellen, wenn sich die behandelnden und die beurteilenden Ärzte nicht einig seien (Urteil EVG U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2 mit einigen weiteren Hinweisen). Demgegenüber kommt Berichten von verwaltungs- bzw. versicherungsinternen Ärzten Beweiswert zu, jedenfalls solange keine Zweifel an ihrer Schlüssigkeit aufkommen (Urteil BGer 8C_608/ 2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3).

4. Unstreitig ist zunächst, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem erlittenen Unfall am 2. Oktober 2013 zufolge der MS in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich eingeschränkt war. Es ist nun der Frage nachzugehen, ob die Unfallfolgen von den unfallfremden getrennt werden können, mithin ob sie je eine verschiedene Gesundheitsschädigung verursachen, was die Anwendung von Art. 28 Abs. 3 UVV zur Folge hätte. Sollten sie sich demgegenüber gegenseitig beeinflussen oder gar überlagern bzw. wären sie als Einheit zu betrachten, wovon der Beschwerdeführer offenbar ausgeht, müsste entgegen seiner Auffassung Art. 36 UVG angewendet werden. Andernfalls müsste die Unfallversicherung Leistungen für eine nicht versicherte Gesundheitsschädigung erbringen, was offensichtlich dem Sinn und Zweck der Leistungspflicht der Unfallversicherung widerspräche. Denn nur die unfallbedingte Erhöhung des Invaliditätsgrades ist zu berücksichtigen (Urteil BGer U 294/06 vom 25. Juli 2007 E. 4.3). Dies träfe auch auf den Fall zu, wenn die krankheitsbedingte Situation sich seit dem Unfallereignis verschlechtert hätte. Hierfür hat die Unfallversicherung nicht einzustehen.

4.1 Mit Verfügung vom 17. Februar 2011 wurde dem Beschwerdeführer von Seiten der Invalidenversicherung ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente und ab 1. Oktober 2010 eine halbe Rente (Invaliditätsgrad von 53 %) zugesprochen. Durch einen am 9. April 2010 eingetretenen Schub war er zu 100 % arbeitsunfähig. Der behandelnde Neurologe Dr. med. F._____, FMH Neurologie, bescheinigte sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 30. Juni 2010 und eine solche von 50 % ab 1. Juli 2010. Die bisherige Tätigkeit sei in einem 60 %-Pensum (fünf Stunden pro Tag) mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 25 % zumutbar. Als Einschränkungen nannte er eine Gangunsicherheit und proximale Beinpareisen, welche sich durch eine Unsicherheit im Stehen und Gehen und durch eine rasche Ermüdbarkeit zeigten (vgl. Bf-act. 4). Hierauf stellte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) ab. Beim Beschwerdeführer wurde ab Juli 2010 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, überwiegend sitzend zu verrichtenden Tätigkeit ausgegangen (Bf-act. 3 S. 10 ff.).

4.2 Der wesentliche medizinische Sachverhalt nach dem Unfallereignis präsentiert sich wie folgt:

4.2.1 Beim Unfall vom 2. Oktober 2013, bei welchem der Versicherte aus einer Höhe von ca. 1,5 m von einer Leiter gestürzt ist, erlitt er eine geschlossene dislozierte distale Unterschenkelfraktur rechts mit Pilon tibiale-Trümmerfraktur und mehrfragmentärer distaler Fibulafraktur sowie eine mehrfragmentäre Olecranonfraktur links mit/bei oberflächlicher 2x2 cm messender Schürfwunde. Postoperativ entstand ein Wundinfekt am distalen Unterschenkel rechts und eine periphere Lungenembolie unter Thromboembolieprophylaxe. Ferner diagnostizierten die Ärzte des Zuger Kantonsspitals (ZGKS) am linken Fuss ein Dig IV Dekubitus Grad I und eine Spannungsblase Dig V proximal. Ausserdem hielten sie die Diagnosen MS (Erstdiagnose 2007) mit seither drei Schüben, zuletzt im Mai 2013, Avonex-Therapie pausiert, eine Adipositas WHO Grad I bei einem Body Mass Index (BMI) von 31,2 kg/m² fest (Austrittsbericht vom 25. November 2013; Suva-act. 27).

4.2.2 Am 9. März 2016 führte Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie, eine kreisärztliche Untersuchung durch. Als Diagnosen zählte er auf: Status nach Sturz aus ca. 1,5 m Höhe (2. Oktober 2013) mit Pilon tibiale-Trümmerfraktur am rechten OSG, osteosynthetischer Versorgung mit multiplen Folgeeingriffen bei postoperativem Wundinfekt mit mehrfachem Débridement; postoperative OSG-Arthrose und zunehmende USG-Arthrose; Status nach Osteosynthese einer mehrfragmentären Olecranonfraktur links mit funktionell sehr befriedigendem Ergebnis; Status nach postoperativ peripheren Lungenembolien trotz Thromboembolieprophylaxe. Als unfallfremde Diagnosen führte er die MS (Erstdiagnose 2007), eine Adipositas sowie lumbale Diskushernien L4/5, geringer L5/S1 und L3/4, hierdurch Kompression der Wurzeln L5 rechts, L5 und L4 links an. Der Kreisarzt stellte sodann fest, der Versicherte habe den Untersuchungsraum unter Benutzung eines linksgeführten Handstocks in Stabilschuhen mit deutlich rechtshinkendem Gangbild betreten. Nach Entkleidung des Unterkörpers zur Untersuchung fänden sich unverändert reizlose Narbenverhältnisse nach multiplen Operationen am rechten Unterschenkel. Schwellungen oder andere trophische Störungen bestünden nicht mehr. Das Barfussgangbild sei stark hinkend, unrund und ebenfalls nicht raumgreifend. Die Umwendbewegungen seien nicht sicher. Zehenstand und Fersengang könnten rechts so gut wie nicht mehr eingenommen werden. Der Einbeinstand links sei problemlos möglich, rechts könne er nur nach Abstützen an der Stuhllehne kurzzeitig demonstriert werden. Die OSG-Beweglichkeit rechts sei, wie schon im September 2015, in

Rechtwinkelstellung fast wackelsteif. Die USG-Beweglichkeit sei ebenfalls um mehr als die Hälfte eingeschränkt und von Schmerzen bei In- und Eversion geprägt. Unverändert bestehe eine endgradige Streckhemmung am linken Ellenbogen nach Olecranonfraktur von knapp 10°. Die Beugung sei seitengleich frei, ebenso die Pro- und Supination. Die Narbensituation am Ellenbogen sei reizlos. Doktor G. _____ führte im Weiteren aus, von weiteren Behandlungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Zurzeit sei eine nochmalige orthopädische Hilfsmittelversorgung im Gange. Es solle eine individuelle angepasste Fuss-/Sprunggelenksorthese rechts mit begleitender Schuhzurichtung angefertigt werden. Prinzipiell käme auch eine OSG-Arthrodese in Frage. Diese werde vom Versicherten jedoch derzeit abgelehnt. Eine Zumutbarkeit für diesen Eingriff wäre sowieso nicht gegeben. Auch wäre nicht davon auszugehen, dass sich das Zumutbarkeitsprofil gemäss folgenden Aussagen hierdurch wesentlich ändern würde. Dieses definierte er wie folgt: Leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ganztags wechselbelastend mit deutlich sitzendem Anteil seien zumutbar. Als Einschränkungen nannte er: kein Besteigen von Leitern und Gerüsten; kein Arbeiten auf schrägem oder unebenem Untergrund; keine hockenden oder kauernenden Tätigkeiten; keine Arbeiten, die ein häufiges Treppauf- oder -abgehen erforderten; kein Arbeiten auf geneigten Flächen; durch das Erfordernis der Stockführung mit der linken Hand kein Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, maximal 10 kg in der rechten Hand. In Bezug auf die Integritätsentschädigung verwies er auf eine gesonderte Stellungnahme. Ferner ergänzte Dr. G. _____, die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS), die sich kernspintomographisch durch trisegmentale Bandscheibenprotrusionen bzw. -vorfälle erklären liessen, seien nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Durch den Sturz sei es zu keiner echtzeitlichen Erwähnung der LWS in Form einer direkten oder indirekten Verletzung gekommen. Das Intervall zwischen dem Unfallereignis und den erstdokumentierten Rückenbeschwerden spreche ebenfalls gegen einen unfallkausalen Zusammenhang. Sollten therapeutische Massnahmen von Seiten der LWS bzw. der Bandscheibenproblematik erforderlich werden, so seien diese durch die Krankenversicherung zu übernehmen (Suva-act. 255).

4.2.3 Am 7. Februar 2017 nahm der Kreisarzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie, eine neurologische Beurteilung vor. Er hielt fest, der Versicherte beziehe wegen einer MS eine halbe Rente der Invalidenversicherung (IV-Grad 53 %). Im Rahmen seiner verbleibenden Leistungsfähigkeit sei er im Unternehmen seiner Ehefrau als Reinigungskraft/Unterhaltsmitarbeiter tätig gewesen. Er habe vor allem die

Aussenarbeiten (Rasen, Garten, Sträucher, Schneeräumung etc.) erledigt. Er sei mit einem 50 %-Pensum angestellt gewesen. Über die bei ihm seit 2007 bekannte MS sei dem Dossier wenig zu entnehmen. Bis zum Unfall vom 2. Oktober 2013 solle er drei Krankheitsschübe bemerkt haben. Ein weiterer Krankheitsschub sei im Mai 2016 diagnostiziert worden. Den Berichten des behandelnden Neurologen Dr. F. _____ folgend habe zumindest vorübergehend eine paraspastische Gangstörung vorgelegen, begleitet auch von einer Gangunsicherheit und einer Beeinträchtigung der erschwerten Standversuche (z.B. Einbeinstand, Blindstand), einer neurogenen Blasenstörung und einer Fatigue-Symptomatik. Hierunter werde eine bei der MS häufig auftretende psychophysische Erschöpfbarkeit beschrieben. Sie gelte als eigenständiges, krankheitstypisches Symptom der MS, trete unabhängig von körperlicher Belastung auf und sei ein häufiger Grund für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung. Hingegen sei das Vorliegen einer relevanten radikulären Symptomatik, hervorgerufen durch lumbale Bandscheibenvorfälle, nicht überzeugend. Zu keinem Zeitpunkt sei ein radikulärer Schmerz berichtet worden und auch die vorliegenden magnetresonanztomographischen Befunde der lumbalen Wirbelsäule sprächen nicht für das Vorliegen einer Wurzelkompression. Dies schliesse nicht aus, dass zeitweise auch Rückenverletzungen bestünden. Die Folgen des Unfalls am rechten Sprunggelenk bestünden im Wesentlichen in Form eines belastungsunabhängigen Schmerzes und einer Beeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit in Form einer Pseudarthrosenbildung. Allein hierdurch wäre tatsächlich eine vollschichtige Tätigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten, überwiegend sitzend mit Wechsel auch zum Stehen und Gehen möglich, wie dies der Kreisarzt beschrieben habe. Sehe man jedoch die gesundheitliche Gesamtsituation des Versicherten mit seit vielen Jahren vorliegender MS und den Unfallfolgen am rechten Fuss, müsse ein deutlich anderes Zumutbarkeitsprofil erstellt werden. Es werde im Wesentlichen beeinflusst durch die neurologischen Symptome von Seiten der MS. In Zusammenschau der unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden werde die Zumutbarkeit erheblich eingeengt. Das Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes berücksichtige ausschliesslich die unfallbedingten Beschwerden. Der Versicherte könne seine bisherigen Tätigkeiten als Hauswart und im Reinigungsdienst nicht mehr ausüben. Es seien ihm leichte Tätigkeiten von vier Stunden täglich zumutbar unter der Voraussetzung, dass er bei Bedarf zusätzliche Pausen einlegen könne aufgrund der bestehenden Fatigue-Symptomatik. Die Tätigkeit sollte überwiegend sitzend erfolgen. Die zusätzliche zeitliche Reduktion sei auf die Krankheit zurückzuführen. Hierbei sei insbesondere die vom behandelnden Neurologen beschriebene Fatigue-Symptomatik bedeutsam. Krankheits- und Unfallfolgen verstärkten sich zudem gegenseitig. So würden beispielsweise die

Bewegungsstörungen des rechten Fusses aufgrund der Pseudarthrose durch die neurologische Behinderung an den Beinen verschlimmert (Suva-act. 312).

4.2.4 Die Invalidenversicherung gab bei der medaffairs AG ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie in Auftrag, welches am 16. Juli 2018 erstattet wurde (Suva-act. 406). Der Expertise können folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Suva-act. 406 S. 40 f.):

1. Posttraumatische Varusarthrose OSG (oberes Sprunggelenk) rechts (ICD-10 M17.3)
 - Sturzereignis von einer Leiter aus 1,5 m Höhe am 2. Oktober 2013 mit komplexer Unterschenkel- und Fussgelenkfraktur und komplexer osteosynthetischer Versorgung
 - 2. Oktober 2013: gelenksübergreifender Fixateur externe OSG rechts
 - 9. Oktober 2013: Offene Reposition und Plattenosteosynthese Olekranon links
 - 15. Oktober 2013: ORIF (Open Reduction and Internal Fixation), winkelstabile Plattenosteosynthese (LCP [Locking Compression Plate] post lat Fibulaformplatte), Fixation des Le Fort Fragmentes mit einer anterioren Zweilochplatte 2,7. Tibia: posterolaterale Abstützplatte (6 Loch Drittelrohr), winkelstabile anterolaterale Plattenosteosynthese (LCP anterolaterale distale Tibiaplatte, 13 Lochschaft) und mediale Abstützplatte (6 Loch LCP Metaphysenplatte 3,6). Spongiosaplastik vermischt mit ChronoOS. Deckung der lateralen Hautdehiszenz mit Epigard. Entfernung des Fixateur externe
 - 17. Oktober 2013: Partielle Sekundärnaht und Epigardwechsel
 - 22. Oktober 2013: Partielle Sekundärnaht und Epigardwechsel auf Mepitel
 - 25. Oktober 2013: Débridement, bakteriologische Probenentnahme, Histologie, Jet-Lavage, VAC-Verband bei Infekt nach ORIF-Pilon-Fraktur rechts
 - 31. Oktober 2013: Wundspülung und VAC-Wechsel
 - 3. November 2013: Wundspülung, partieller Wundverschluss lateral und VAC-Wechsel. Prätibial Wundspülung, Einlage eines Gentamycinschwamms und primärer Wundverschluss
 - 13. Januar 2015: Revision OSG rechts mit Débridement der non-union und Entfernung der intraartikulären Schraube, corticospongiöse Spanplastik sowie Spongiosaplastik, Sicherung der Spanplastik mit einer anterioren Drittelrohrplatte sowie isolierter Zugschraube
 - 1. November 2017: partielle OSME (Osteosynthesematerialentfernung) Unterschenkel rechts, Arthrose OSG rechts, valgusierende Tuber calcanei Typ Dwyer, Gastrocnemius-Release
2. Chronische Lumbalgie (ICD-10 M54.5) mit/bei
 - geringer linkskonvexer Skoliose, ventraler Spondylose L1–L5, Osteochondrose L3–S1, foraminale Stenose L5 beidseits, Bandscheibenprolaps Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 rechtsbetont mit L5-Radikulopathie beidseits
3. Schubförmig verlaufende Multiple Sklerose (ICD-10 G35.1)
 - Erstmanifestation im Jahr 2001
 - Erstdiagnose im Jahr 2007
 - Aktuell mit spastischer Paraparese linksbetont, mit distal betonter leichtgradiger Schwäche der linken oberen Extremität, leichtgradig ausgeprägtem zerebellärem Syndrom, Fatigue-Symptomatik, sowie anamnestisch berichteter autonomer Störung sowie Sehstörungen bei Zustand nach Retrobulärneuritis linksseitig und Augenbewegungsstörung
4. Mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung bei Diagnose 3.

Als Gesundheitsschäden ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit listeten die Sachverständigen Folgende auf:

1. Status nach Osteomyelitis einer mehrfragmentären Olecranonfraktur links am 9. Oktober 2013 (ICD-10 M86.93)
2. Status nach Halswirbelsäulenbeschwerden bei Verdacht auf Spinalkanalstenose zervikal HWK5/6 (ICD-10 M54.2)
3. Status nach CTS-Operation links Januar 2015 (ICD-10 G56.0)
4. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
5. Adipositas (ICD-10 E66).

Die Experten hielten zum Verlauf der Leistungsfähigkeit fest, aus orthopädischer Sicht bestehe die Arbeitsfähigkeit, wie aktuell gesehen, unter Berücksichtigung einer Rekonvaleszenz von sechs Monaten seit der letzten Intervention resp. OP vom 13. Januar 2015 aus medizinisch-theoretischer Sicht, also seit dem 13. Juli 2015. Zwischenzeitlich müsse dabei noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach stattgehabter Metallentfernung von drei Monaten (1. November 2017 bis 28. Februar 2018) Berücksichtigung finden. Davor habe medizinisch-theoretisch vom Unfall am 2. Oktober 2013 bis zur Intervention am 13. Januar 2015 anamnestisch und nach Aktenlage ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Arbeitsfähigkeit vor dem Unfallereignis am 2. Oktober 2013 könne retrospektiv nicht mehr beurteilt werden. Die davor ausgestellten Arbeitsunfähigkeiten müssten als gegeben angenommen werden. Aus neurologischer Sicht sei eine retrospektive Bestimmung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer Erkrankung, die sich schubförmig verschlechtere, in Kombination mit einem die Gesamtsituation noch aggravierendem Trauma sowie zusätzlichen anderen orthopädischen Komorbiditäten, nur eingeschränkt möglich. Basierend auf den aktenanamnestischen Einschätzungen erscheine es jedoch plausibel, dass aufgrund der Multiplen Sklerose Arbeiten als Hauswart (zuletzt durchgeführte Tätigkeit) ab Mitte 2015 nicht mehr möglich und dass ab dann nur noch Arbeiten in einer angepassten Tätigkeit zwischen zwei und vier Stunden möglich gewesen seien. Nach nochmaligem Schubereignis im März 2016 und Sommer 2016 sei davon auszugehen, dass in einer maximalen angepassten Tätigkeit (z.B. leichte Arbeit im Büro) eine Arbeitstätigkeit von maximal zwei Stunden möglich gewesen sei. Hier bestünden aktenanamnestisch zwar unterschiedliche Einschätzungen. So werde durch den neurologischen Dienst der Suva im Februar 2017 von einer vierstündigen Tätigkeit pro Tag in leichter Arbeit ausgegangen, wobei vorgängig durch den behandelnden Hausarzt und die behandelnde Neurologin von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit entsprechend einer unter zweistündigen Arbeitszeit pro Tag ausgegangen worden sei. In Anbetracht der Tatsache, dass sich im März 2017

nochmals ein Schubereignis eingestellt habe, sei jedoch davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Zeit spätestens danach auf ca. ein bis zwei Stunden pro Tag in einer leichten, angepassten Tätigkeit reduziert habe. Diese Einschätzungen beruhten ausschliesslich auf den aktenanamnestischen Angaben, der Einschätzung durch die entsprechenden begutachtenden und behandelnden Ärzte und unter Berücksichtigung dokumentierter Schubereignisse. Zum aktuellen Zeitpunkt sei damit davon auszugehen, dass eine maximal angepasste leichte Arbeit für maximal zwei Stunden pro Tag möglich sei. Dies unter Berücksichtigung der rein neurologischen Aspekte der Multiplen Sklerose. Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine gesicherte neuropsychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit seit der neuropsychologischen Untersuchung vom Dezember 2017, wahrscheinlich aber bereits seit der MS-Diagnosestellung (Erstdiagnose Juli 2008). Seit der IV-Verfügung vom 9. Dezember 2010 mit Zusprache einer halben Rente ab Oktober 2010 sei es auf Grund der neuropsychologischen Befunde zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungen gekommen. Aus internistischer sowie psychiatrischer Sicht habe bisher keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit bestanden (Suva-act. 406 S. 47 f.)

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachter aus, dem Exploranden seien aus orthopädischer und neurologischer Sicht aufgrund der vorliegenden Befunde sowohl Arbeiten als Hauswart wie auch jegliche andere mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten vollumfänglich nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit betrage somit 100 %. Aus neuropsychologischer Sicht sei gemäss Literatur bei einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen deutlich eingeschränkt, indem die Mehrzahl der kognitiven Teilfunktionen betroffen sei. Zudem falle die Person in ihrem Umfeld als verändert auf, dies hinsichtlich Affektivität, des Verhaltens und der Persönlichkeit. Bei beruflichen Tätigkeiten könnten nur noch sehr einfache Arbeiten unter intensiver Supervision ausgeführt werden, unter Umständen in einer geschützten Werkstatt oder einer vergleichbaren Umgebung. Auf Grund der neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit des Exploranden in den angestammten Berufsbereichen, in einer angepassten Tätigkeit sowie in jeglicher Verweistätigkeit nicht mehr gegeben. Auf Grund der Fatigue, der Verlangsamung sowie der testpsychologisch objektivierten Defizite sei der Explorand nicht mehr in der Lage, eine Arbeitsleistung von wirtschaftlichem Nutzen zu erbringen. Zu therapeutischen Zwecken könne eine Beschäftigung in einem betreuten Arbeitsumfeld in Betracht gezogen werden.

Aus internistischer wie auch psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit 100 % (Suva-act. 406 S. 49).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erklärten die Sachverständigen, aus orthopädischer Sicht sei dem Versicherten eine leichte körperliche Arbeit, hauptsächlich sitzend, nur geringgradig gehend und geringgradig stehend, zu 70 % zumutbar. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit bei einer vollständig adaptierten, hauptsächlich sitzenden, minimal gehenden, minimal stehenden körperlichen Tätigkeit beruhe dabei auf einem vermehrten Pausenbedarf zur Vermeidung von Exazerbation der Beschwerden im Bereich des Fusses sowie aufgrund einer verminderten Belastungsfähigkeit beim Sitzen aufgrund der Beschwerden der Lendenwirbelsäule. Die orthopädische Beurteilung sei rein unfallbedingt aufgrund der Beschwerden im Bereich des Fusses zu sehen. Aus neurologischer Sicht sollte unter gewissen Voraussetzungen eine zweistündige Arbeitszeit pro Tag wahrscheinlich möglich sein. Eine angepasste Tätigkeit müsste überwiegend im Sitzen durchgeführt werden, zudem müsste die Möglichkeit bestehen, regelmässig die Position zu wechseln und aufzustehen. Es dürften nur körperlich leichte Arbeiten durchgeführt werden mit einer maximalen Gewichtsbelastung bis 5 kg. Die Arbeit müsste überwiegend mit der rechten Hand durchgeführt werden können, die linke Hand könne als Hilfs hand benutzt werden. Die koordinativen Ansprüche der rechten Hand müssten leichtgradig sein. Die Arbeit müsste optimalerweise in Blöcken zu je einer Stunde durchgeführt werden können, wobei zwischen den Blöcken entsprechende Ruhezeiten eingehalten werden sollten (jeweils mindestens zehn Minuten). Eine deutliche Leistungseinbusse bei der Arbeit sei hierbei bereits berücksichtigt. Aus neurologischer Sicht bestehe somit eine 25%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Exploranden aufgrund seiner mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung auch für jegliche Verweistätigkeiten nicht mehr gegeben. Aus internistischer und psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit auch für jegliche Verweistätigkeit 100 % (Suva-act. 406 S. 49 f.).

Die Sachverständigen führten im Weiteren aus, aus orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht habe sich der medizinische Sachverhalt bzw. der Gesundheitszustand seit der letzten versicherungsmedizinischen Prüfung (Anfang 2011) verändert. Zum Zeitpunkt der Rentenzusprache würden keine neuropsychologischen Befunde zum Vergleich vorliegen. Aus psychiatrischer Sicht entfalle die Beantwortung, da keine Gesundheitsschädigung aktuell wie auch in der Vergangenheit objektiviert werden

könne. Aus orthopädischer Sicht sei es zu einer Zunahme der OSG-Beschwerden sowie einer Verschlimmerung der Lumbalgie gekommen. Aus neurologischer Sicht habe sich die Situation bezüglich der MS verschlechtert. Aus neuropsychologischer Sicht sei es im Bereich des verbalen Gedächtnisses zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen. Zur Frage der Veränderung der medizinisch begründeten Leistungsfähigkeit erklärten die Experten, aufgrund der Befundsituation (Zunahme der OSG-Beschwerden und Schwere der Lumbalgie) seien aus orthopädischer Sicht dem Exploranden mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten vollumfänglich nicht mehr zumutbar. Eine leichte körperliche Arbeit, hauptsächlich sitzend, nur geringgradig gehend und geringgradig stehend, sei dem Exploranden hingegen zu 70 % zumutbar. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit bei einer vollständig adaptierten, hauptsächlich sitzenden, minimal gehenden, minimal stehenden körperlichen Tätigkeit beruhe dabei auf einem vermehrten Pausenbedarf zur Vermeidung von Exazerbationen der Beschwerden im Bereich des Fusses sowie aufgrund einer verminderten Belastungsfähigkeit beim Sitzen aufgrund der Beschwerden der LWS. Aus neurologischer Sicht sei eine retrospektive Bestimmung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer Erkrankung, die sich schubförmig verschlechtere, in Kombination mit einem die Gesamtsituation noch aggravierenden Trauma sowie zusätzlichen anderen orthopädischen Komorbiditäten, nur eingeschränkt möglich. Basierend auf den aktenanamnestischen Einschätzungen erscheine es jedoch plausibel, dass zufolge der MS Arbeiten als Hauswart (zuletzt durchgeführte Tätigkeit) ab Mitte 2015 nicht mehr möglich und dass ab dann nur noch Arbeiten in einer angepassten Tätigkeit zwischen zwei und vier Stunden möglich gewesen seien. Nach nochmaligem Schubereignis im März 2016 und Sommer 2016 sei davon auszugehen, dass in einer maximalen angepassten Tätigkeit (z.B. leichte Arbeit im Büro) eine Arbeitstätigkeit von maximal zwei Stunden möglich gewesen sei. Hier bestünden aktenanamnestisch unterschiedliche Einschätzungen. So werde durch den neurologischen Dienst der Suva im Februar 2017 von einer vierstündigen Tätigkeit pro Tag in leichter Arbeit ausgegangen, wobei vorgängig durch den behandelnden Hausarzt und die behandelnde Neurologin von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit entsprechend einer unter zweistündigen Arbeitszeit pro Tag ausgegangen worden sei. In Anbetracht der Tatsache, dass sich im März 2017 nochmal ein Schubereignis eingestellt gehabt habe, sei jedoch davon auszugehen, dass sich spätestens danach die Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Zeit auf ca. ein bis zwei Stunden pro Tag in einer leichten, angepassten Tätigkeit reduziert habe. Diese Einschätzungen beruhten ausschliesslich auf den aktenanamnestischen Angaben, der Einschätzung durch die entsprechenden begutachtenden und behandelnden Ärzte und unter Berücksichtigung dokumentierter Schubereignisse. Zum aktuellen Zeitpunkt sei somit davon auszugehen,

dass eine maximal angepasste leichte Arbeit für maximal zwei Stunden pro Tag möglich sei. Dies unter Berücksichtigung der rein neurologischen Aspekte der MS. In der angestammten Tätigkeit als Hauswart sei der Explorand zu 100 % arbeitsunfähig. Eine gesicherte neuropsychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe seit der neuropsychologischen Untersuchung vom Dezember 2017, wahrscheinlich aber bereits seit der MS-Diagnosestellung (Erstdiagnose Juli 2008). Im Bereich des verbalen Gedächtnisses sei es seit Dezember 2017 zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen. Gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache sei wahrscheinlich von einer kognitiven Verschlechterung auszugehen, dies mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 406 S. 52 ff.).

Die Suva stellte Zusatzfragen. Gemäss den Gutachtern wurden einzig die OSG-Beschwerden rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 2. Oktober 2013 verursacht. Hinsichtlich der weiteren Fragen verwiesen die Fachärzte der medaffairs AG auf die im Konsensteil unter Ziffer III gemachten Angaben resp. auf das orthopädische Teilgutachten (Suva-act. 406 S. 54 f.).

4.2.5 Laut Sprechstundenbericht von Dr. med. I. _____, FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 11. Juli 2018 bestand ein Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom bei Status nach Plattenosteosynthese einer Olecranon-Fraktur im 2013. Der Versicherte habe über progrediente Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens mit teils elektrisierenden Schmerzen sowie Dysästhesien bis in den Kleinfingerbereich berichtet. Auch das Abstützen auf den Ellbogen sowie forcierte Bewegungen täten weh. Darüber hinaus beschreibe er ein Blockadegefühl bei bestimmten Armpositionen. Die Beschwerden nähmen im Verlauf eher zu. Der Orthopäde führte weiter aus, die angegebenen Beschwerden könnten nicht eindeutig objektiviert werden. Einerseits bestehe eine lokale Problematik über der Platte, andererseits stehe der Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom im Raum. Bei bekannter MS sei hier die Differenzialdiagnostik aber schwierig. Deshalb empfehle er ein Arthro-CT und eine neurologische Untersuchung mittels EMG (Suva-act. 405).

Im Folgebericht vom 20. August 2018 erklärte Dr. I. _____, die durchgeführte Arthro-CT-Untersuchung zeige keine fortschreitende posttraumatische Arthrose im Bereich des Ellbogens. Die Fraktur sei konsolidiert. Die neurologische Untersuchung gehe von einem Reizsyndrom des Nervus ulnaris aus, jedoch zeigten sich noch im Normwert befindliche Nerven-Leitgeschwindigkeiten des Nervus ulnaris. Es sei eine Anpassung der

Unterarmgehstöcke rezipiert worden und es solle eine Nachtlagerungsschiene getragen werden. Sollten die Beschwerden persistieren, könne über eine Osteosynthesematerialentfernung mit gleichzeitiger Dekompression des Nervus ulnaris respektive Revision des CTS zusammen mit unserem Handchirurgen diskutiert werden (Suva-act. 407).

4.2.6 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. J. _____, berichtete am 10. September 2019, die einschränkende und gefährliche Gangstörung müsse in einen direkten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. Oktober 2013 gestellt werden, vorwiegend durch die Beinlängendifferenz und länger dauernde Fehlbelastung. Dadurch sei mittlerweile ein progredientes chronisches lumbospondylogenes Syndrom entstanden, das starke Becken-Beinschmerzen rechts verursache. Diese Unsicherheit im rechten Bein führe zu vermehrter Sturzneigung, welche zusätzlich durch die MS verstärkt werde, aber ohne Unfall wäre das rechte Bein eine Stütze und Sicherheit im Alltag. Somit lasse sich eine eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit von 50 % durchaus erklären, zumal auch die sitzende Tätigkeit nicht über längere Zeit möglich sei, sicherlich kaum ganztags, sodass die geforderte Arbeitsfähigkeit von 70 % möglich wäre. Die Unfallkausalität sei gegeben, weil ohne den Unfall die Belastung des Rückens nie dieses Ausmass angenommen hätte, denn sowohl die degenerativen Veränderungen wie auch die foraminale Kompression durch die Diskushernie sei erst posttraumatisch überhaupt diagnostiziert worden und symptomatisch geworden. Die Ellbogenbeschwerden links gingen mit Sicherheit auf den Unfall zurück, weil hier eine mehrfragmentäre Olecranonfraktur mittels offener Reposition und Plattenosteosynthese habe versorgt werden müssen. Bei der orthopädischen Einschätzung, dass eine leichte körperliche Arbeit hauptsächlich sitzend zu 70 % zugemutet werden könne, müsste die Ellbogenfunktion mitberücksichtigt werden, sodass diese 70 % wahrscheinlich auch aus dieser Sicht grenzwertig hoch wären, denn in sitzender Tätigkeit werde vorwiegend die manuelle Tätigkeit verlangt, was wiederum die Belastbarkeit des Ellbogens überfordere. Die Hüftbeschwerden resp. Hüft-Beinbeschwerden stünden lediglich in indirektem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis, weil die komplexe OSG-Fraktur zu einer Beinverkürzung und langdauernden chronischen Minderbelastung des rechten Beines und zur Fehlbelastung im Hüft- und Rückenbereich geführt habe. Dies habe sich durchaus auf die entstandenen degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich auswirken können. Dadurch könne eine maximale Belastbarkeit unfallbedingt von 50 % begründet werden. In der Integritätsentschädigung von 30 % sei die Beinlängendifferenz von 3,5 cm nicht mitberücksichtigt und müsste gemäss Suva-Liste mit 10 % beziffert werden. Zusätzlich sei

der Ellbogen auch nicht erwähnt worden. Hier bestehe eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung von 0–120°, was einer Integritätsentschädigung von weiteren 10 % gleich komme. Zusammenfassend bedeute dies eine 50%ige Integritätsentschädigung. Die Rücken-Hüftschmerzen seien hier ausgenommen, weil sie nur indirekt zusammenhängend mit dem Unfall seien (Suva-act. 444).

4.2.7 Die behandelnde Neurologin Dr. D._____ führte in ihrem Bericht vom 18. September 2019 aus, aktuell stünden beim Patienten Lumbalgien mit Ausstrahlung ins rechte Bein im Vordergrund, die zu einer Verschlechterung des Gangbildes geführt hätten. An zwei Gehstöcken sei der Patient aktuell knapp 100 m mobil. Es sei mehrmalig zu einem Sturzereignis gekommen, ernsthafte Verletzungen habe er sich bisher nicht zugezogen. Eine MRI(Magnetic Resonance Imaging)-Untersuchung der LWS sei für die kommende Woche geplant. Die letzte MRI-Untersuchung der LWS habe einen Bandscheibenprolaps LWK 4/5 rechtsbetont mit L5-Radikulopathie beidseits erbracht. Es sei davon auszugehen, dass auch aktuell eine L5-Radikulopathie im Vordergrund stehe. Die MS-bedingten Einschränkungen hätten sich weitestgehend unverändert gezeigt. Eine letzte MRI-Kontrolle sei im April 2019 erfolgt. Sofern die MRI-Untersuchung der LWS die aktuellen Beschwerden erklären könne, würde auf eine vorgezogene MRI-Kontrolle verzichtet und die nächste im Dezember 2019 zusammen mit einer klinischen Verlaufskontrolle und Verlängerung der Kostengutsprache für Tecfidera veranlasst werden. Da die Gangunsicherheit deutlich zugenommen habe und es bereits zu mehreren Sturzereignissen gekommen sei, sollte neben der Physiotherapie auch das MTT-Training zwei Mal pro Woche fortgesetzt werden. Bei fehlender Kostengutsprache sei dies in den letzten Wochen nicht möglich gewesen. Bei unzureichender Verbesserung müsste auch eine Neurorehabilitation in Betracht gezogen werden. Bisher könne der Patient seinen Alltag selbständig bewältigen und zeige sich sehr motiviert an einem Ausbau der Therapien. Ergänzend sei dem Versicherten zu einer Gewichtsreduktion um 10 kg in den nächsten fünf Monaten geraten worden. Bezüglich der Blasenproblematik bestehe eine Anbindung im Zentrum K._____ (Bf-act. 7).

Im Bericht vom 1. Oktober 2019 nach durchgeführtem MRI gab Dr. D._____ an, die aktuellen Beschwerden seien durch degenerative LWS-Veränderungen und ISG-Arthrosen beidseits bedingt. Die Krankenkasse habe nun eine Kostengutsprache für Physiotherapie zwei Mal pro Woche über sechs Monate genehmigt. Der Patient nehme bereits NSAR (nichtsteroidales Antirheumatikum) regelmässig ein. Soweit eruierbar sei eine Anmeldung zur Nerveninfiltration erfolgt, welche als sinnvoll erachtet werde. Ergänzend sei dem

Versicherten zu einer Gewichtsreduktion von einem Kilogramm pro Monat geraten worden. Eine Indikation zu einer vorgezogenen MRI-Kontrolle des Schädels bzw. der Halswirbelsäule (HWS) sei aktuell nicht gegeben. Die nächste Kontrolle sei im Dezember 2019 geplant (Bf-act. 8).

5.

5.1 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind die unfallbedingten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von den krankheitsbedingten abgrenzbar.

5.1.1 Der Expertise der medaffairs AG vom 16. Juli 2018 ist zu entnehmen, dass von den festgehaltenen Gesundheitsschäden ausschliesslich die OSG-Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 2. Oktober 2013 zurückzuführen sind (Suva-act. 406 S. 54). Mithin wurden lediglich aus orthopädischer Sicht Unfallfolgen konstatiert, weshalb letztlich auch explizit auf dieses Teilgutachten verwiesen wurde (Suva-act. 406 S. 55 in fine). Infolgedessen attestierte der orthopädische Sachverständige eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten. In einer leichten körperlichen Arbeit, hauptsächlich sitzend, nur geringgradig gehend und stehend, erachtete er den Versicherten als zu 70 % arbeitsfähig. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit beruht dabei auf einem vermehrten Pausenbedarf zur Vermeidung von Exazerbationen der Beschwerden im Bereich des Fusses sowie aufgrund einer verminderten Belastungsfähigkeit beim Sitzen zufolge der Beschwerden der LWS (Suva-act. 406 S. 89). Er bestätigte das rein unfallbedingte Zumutbarkeitsprofil, welches der Kreisarzt Dr. G. _____ am 9. März 2016 definiert hatte, mit der Ausnahme, dass bei einer Traglast von maximal 10 kg nur von einer körperlich leichten und nicht bis mittelschweren gesprochen werden könne (Suva-act. 406 S. 87 f.). Der neurologische Experte verwies in Bezug auf unfallbedingte Folgen auf das orthopädische Teilgutachten (Suva-act. 406 S. 112). Die von ihm festgestellten Beeinträchtigungen (spastische Paraparese linksbetont, leichtgradige Schwäche der linken oberen Extremität, Fatigue-Symptomatik, autonome Störung, Sehstörung) ordnete er vollständig der MS zu. Aufgrund der MS-assoziierten funktionellen Beeinträchtigungen sind seiner Auffassung nach lediglich noch Arbeiten im Sitzen durchführbar, welche nur noch grobmotorisch leicht und feinmotorisch wenig anspruchsvoll sein dürfen (Suva-act. 406 S. 107). Auch der neuropsychologische Sachverständige sah die mittelschwere bis schwere neurokognitive Störung im Rahmen der MS und der Fatigue als erklärbar (Suva-act. 406 S. 134). Er hielt gar ausdrücklich fest, aus seinem Fachbereich liege kein durch das Unfallereignis verursachter Gesundheitsschaden vor (Suva-act. 406 S. 138). Angesichts dieser

gutachterlichen Ausführungen ist mit der Suva einig zu gehen, dass die unfallbedingten Beeinträchtigungen von jenen, welche auf die MS zurückzuführen sind, abgegrenzt werden können. Eine Wechselwirkung oder gegenseitige Verstärkung ist von den Experten der MEDAS nicht postuliert worden. Der neuropsychologische Experte führte zwar aus, die kognitiven Defizite seien primär krankheitsbedingt und nicht unmittelbare Folge des Unfalls. Ein Einfluss der Schmerzen auf das kognitive Leistungsvermögen als Folge des Unfalls sei möglich (Suva-act. 406 S. 138). Wie die Suva hierzu indessen zutreffend anmerkt, reicht die blossе Möglichkeit allerdings nicht aus, da hiermit der im Sozialversicherungsrecht herrschende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu: BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen) nicht erreicht ist.

Daran vermag auch die Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 24. August 2016, wonach die Vorgeschichte mit der langjährigen MS und die Folgen des Unfalls vom 2. Oktober 2013 nicht unabhängig voneinander beurteilt werden könnten (Suva-act. 307), nichts zu ändern. Die Experten der medaffairs AG waren im Besitz dieser Stellungnahme und kannten diese Auffassung. Sie waren demgegenüber in der Lage, die unfallbedingten von den krankheitsbedingten funktionellen Auswirkungen abzugrenzen. Darüber hinaus zeigt sich, dass Dr. F. _____ bei der Beurteilung der unfallbedingten Folgen auch solche, welche auf eine Krankheit zurückzuführen sind, mitberücksichtigt haben will. Er führte nämlich aus, im Bericht des Kreisarztes seien die Beschwerden, Krankheiten und Befunde zwar aufgelistet, aber in der Beurteilung nicht vollumfänglich berücksichtigt. Zusätzlich zu den unfallbedingten Beschwerden am rechten Bein habe er im Dezember 2015 ein L5-Schmerzsyndrom rechts diagnostiziert. Eine entsprechende mediolaterale Diskushernie L4/5 rechts mit Kompression der Wurzel L5 habe im MR dargestellt werden können. Daneben sei die progrediente Urge-Inkontinenz nicht erwähnt und der Patient leide an einem MS-bedingten Fatigue-Syndrom. Die unfallbedingte Beeinträchtigung am rechten Bein sei durch die vorbestehende MS-bedingte Parese verstärkt. Die Krankheitsfolgen sind indessen für die Einschätzung der Leistungspflicht der Unfallversicherung nicht relevant. Auf die Ausführungen von Dr. F. _____ kann demnach nicht abgestellt werden.

Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer aus der kreisärztlichen Stellungnahme von Dr. H. _____ vom 7. Februar 2017 (act. 11 Ziff. 74). Wohl erklärte er, die Krankheits- und Unfallfolgen würden sich gegenseitig bestärken, indem die Bewegungsstörungen des rechten Fusses aufgrund der Pseudarthrose durch die neurologische Behinderung an den Beinen verschlimmert würden. Andernorts hielt er

aber auch fest, die Folgen des Unfalles am rechten Sprunggelenk bestünden im Wesentlichen in Form eines belastungsabhängigen Schmerzes und einer Beeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit in Form einer Pseudarthrosenbildung. Allein hierdurch wäre tatsächlich eine vollschichtige Tätigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten, überwiegend sitzend mit Wechsel auch zum Stehen und Gehen möglich, wie dies der Kreisarzt beschrieben habe. Sehe man jedoch die gesundheitliche Gesamtsituation mit seit vielen Jahren vorliegender MS und den Unfallfolgen am rechten Fuss, müsse ein deutlich anderes Zumutbarkeitsprofil erstellt werden. Es werde im Wesentlichen beeinflusst durch die neurologischen Symptome von Seiten der MS (Suva-act. 312 S. 10). Damit bestätigte er selber, dass ausschliesslich die Beschwerden am OSG unfallbedingt sind und aufgrund dessen das Zumutbarkeitsprofil des orthopädischen Kreisarztes zutreffend ist. Zuzufolge neurologischer Beeinträchtigungen, welche offensichtlich MS-bedingt sind, wird das Leistungsprofil zusätzlich eingeschränkt. Die Folgen sind damit auch für den Kreisarzt voneinander abgrenzbar.

5.1.2 Unzutreffend bzw. aktenwidrig ist der Einwand des Beschwerdeführers, die MS-Erkrankung sei stabil und die MS-bedingten Funktionseinschränkungen seien dieselben wie von Dr. F. _____ am 16. Juni 2010 beschrieben (act. 1 Ziff. 22). Die unfallfremde Gesundheitssituation hat sich seit der Zusprache der Invalidenrente nachweislich verschlechtert. Dies ist an mehreren Stellen des MEDAS-Gutachtens dargetan. So haben seit dem Unfallereignis am 2. Oktober 2013 mehrere Schübe stattgefunden (sechs Schubereignisse seit 2007, das letzte im März 2017; Suva-act. 406 S. 42), welche eine Verschlechterung der krankheitsbedingten Sachlage zur Folge hatten (vgl. Suva-act. 324 sowie Suva-act. 406 S. 46, 52, 103, 111, 137). Insbesondere aus neuropsychologischer Sicht verschlimmerte sich der Gesundheitszustand, dies namentlich im Bereich des verbalen Gedächtnisses (Suva-act. 406 S. 134, 135, 137). Aufgrund dessen sprach der Neuropsychologe dem Beschwerdeführer jegliche Leistungsfähigkeit ab. Dies war vor dem Unfallereignis wie auch im Zeitpunkt der Rentenzusprache durch die Invalidenversicherung noch nicht der Fall. Damals bescheinigte der behandelnde Neurologe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 1. Juli 2010. Die bisherige Tätigkeit war in einem 60 %-Pensum (fünf Stunden pro Tag) mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 25 % zumutbar. Einschränkend wirkten die Gangunsicherheit und proximale Beinpareisen, welche sich durch eine Unsicherheit im Stehen und Gehen und durch eine rasche Ermüdbarkeit zeigten (Bf-act. 4). Damit ist eine (kognitive) Verschlechterung ausgewiesen, welche klarerweise MS- und damit krankheitsbedingt ist (vgl. Suva-act. 406 S. 137). Gegenteiliges vermag der Beschwerdeführer nicht darzutun und findet denn auch

in den Akten keine Stütze. Ergänzend ist der Suva beizupflichten, dass die Sachverständigen zwar von einer stabilen Symptomatik sprachen, indessen den Zustand aber mit jenem im Zeitpunkt der Untersuchung von Februar und Dezember 2017 verglichen (vgl. Suva-act. 406 S. 42). Bis dahin war aber die MS-bedingte Verschlechterung bereits eingetreten.

5.1.3 Die Gutachter der MEDAS zeigten in ihrer Expertise auf, zufolge welcher gesundheitlicher Leiden entsprechende funktionelle Auswirkungen resultieren. Aufgrund der MS-assoziierten motorischen Einschränkungen sowie der Fatigue-Symptomatik seien die körperlichen Ressourcen zur Überwindung der funktionellen Einschränkungen deutlich limitiert. Dabei ist aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit von 25 % gegeben, wogegen aus neuropsychologischer Sicht keine mehr vorliegt. Zuzufolge der Beschwerden der LWS bestehe zusätzlich eine Einschränkung der Belastbarkeit im Sinne einer verminderten Belastungsfähigkeit bei vornübergebeugten und reklinierten Tätigkeiten sowie beim Tragen von Lasten über 10 kg. Von Seiten des OSG bestehe zudem eine deutliche Einschränkung der Belastungsfähigkeit sowie eine Unmöglichkeit, längere Gehstrecken zurückzulegen. Es bestehe auch eine Einschränkung beim Tragen von Lasten, allein schon wegen der Notwendigkeit, sich an Gehstöcken mobilisieren zu müssen. Auch Laufen auf unebenem Gelände, das Treppensteigen sowie das Besteigen von Leitern sei dem Versicherten nicht mehr zuzumuten (Suva-act. 406 S. 47). Die unfallbedingten Einschränkungen waren somit abgrenzbar. Wie bereits erwähnt, reicht in Bezug auf den Einfluss der Schmerzen auf das kognitive Leistungsvermögen die blosse Möglichkeit nicht aus.

5.2

5.2.1 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, auf das orthopädische Teilgutachten könne nicht abgestellt werden, da die Ellbogenbeschwerden unberücksichtigt geblieben seien (act. 1 Ziff. 32), ist mit der Suva einig zu gehen, dass diese sich im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen bzw. der Prüfung der Ansprüche auf eine Rente und/oder Integritätsentschädigung noch nicht bemerkbar gemacht haben und nicht behandlungsbedürftig waren. Wohl lag eine geringfügige Bewegungseinschränkung (endgradige Streckhemmung von knapp 10° mit ansonsten freier Pro- und Supination [Suva-act. 255]) vor. Der Beschwerdeführer berichtete gegenüber Dr. I. _____ am 11. Juli 2018 von zunehmenden Schmerzen am linken Ellbogen. Nach dem durchgeführten Arthro-CT am 26. Juli 2018 und der neurologischen Untersuchung am 14. August 2018 wurde von Dr. I. _____ in der Folge lediglich eine

Anpassung der Unterarmgehstöcke rezipiert und eine Nachtlagerungsschiene verordnet. Bei einer weiteren Persistenz wäre eine OSME denkbar. Damit kann der Auffassung der Beschwerdegegnerin gefolgt werden, dass die Beeinträchtigungen am Ellbogen nicht weiter behandlungsbedürftig waren. Bis zum erlassenen Einspracheentscheid findet sich in den Akten nichts Gegenteiliges. Für den Rentenbeginn per 1. August 2016 sind diese demnach nicht relevant. Da in der Zwischenzeit aber weitere Abklärungen stattgefunden haben (vgl. Suva-act. 453, 454 und 457) und der Kreisarzt Dr. G._____ in seiner Beurteilung vom 19. November 2019 zur Auffassung gelangte, die Beschwerden am linken Ellbogen seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 2. Oktober 2013 zurückzuführen (vgl. Suva-act. 462), ist dies im Rahmen einer Revision zu berücksichtigen. Dies bestätigte die Suva ausdrücklich in ihrer Beschwerdeantwort (act. 7 Ziff. 4.10).

5.2.2 Im Weiteren verweist der Beschwerdeführer auf den Bericht seines Hausarztes Dr. J._____ vom 10. September 2019 (Suva-act. 444), wonach er zufolge der Beinverkürzung an unfallkausalen Hüftbeschwerden leide. Diese seien ebenfalls unberücksichtigt geblieben (act. 1 Ziff. 37). Dieser Bericht datiert nach dem angefochtenen Entscheid und es kann ferner daraus nicht entnommen werden, in welchem Zeitpunkt die Beschwerden entstanden sind. Da das Gericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b), kann dieser Umstand somit nicht berücksichtigt werden. Allerdings erklärte die Suva auch hierzu, diese Beschwerden hätten im Zeitpunkt des Rentenbeginns nicht vorgelegen. Diesbezügliche weitere Abklärungen seien aber erfolgt oder würden noch in Angriff genommen (act. 7 Ziff. 4.11). Somit sind auch die Hüftbeschwerden im Rahmen einer Revision zu berücksichtigen.

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Expertise der medaffairs AG die von der Rechtsprechung definierten Anforderungen an ein beweiswertiges Gutachten vollumfänglich zu erfüllen vermag (vgl. E. 3.4.2 hiavor). Auch auf das orthopädische Teilgutachten kann abgestellt werden. Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer unfallbedingt in einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leicht, hauptsächlich sitzend, nur geringgradig gehend und stehend) eine Leistungsfähigkeit von 70 % hat (Suva-act. 406 S. 49).

6.

6.1 In erwerblicher Hinsicht rügt der Beschwerdeführer zunächst die Ermittlung des Valideneinkommens. Die IV-Stelle habe in der rentenzusprechenden Verfügung vom 17. Februar 2011 für das Jahr 2010 ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 62'186.– ermittelt. In Berücksichtigung der 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit habe sie ihm ein Invalideneinkommen von Fr. 29'070.– angerechnet. Nach der Rentenzusprache habe er keine geeignete Anstellung finden können. Daher hätten seine Ehefrau und er per 3. Mai 2012 die Firma C._____ gegründet, wobei seine Ehefrau als Inhaberin und er als Prokurist im Handelsregister eingetragen worden seien. Im Unfallzeitpunkt per 2. Oktober 2013 habe die Firma demnach nicht einmal anderthalb Jahre bestanden und sich daher noch in der Aufbauphase befunden. Es sei deswegen nicht überwiegend wahrscheinlich, dass er ohne das Unfallereignis im weiteren Verlauf sowie bei zunehmendem Aufbau des Familienbetriebs längerfristig lediglich einen Jahreslohn von Fr. 24'000.– bei einem 50%igen Arbeitspensum erwirtschaftet hätte. Zudem sei gemäss Art. 28 Abs. 3 UVV als Valideneinkommen eigentlich das Invalideneinkommen heranzuziehen, welches er nach Eintritt des nicht versicherten Vorzustandes erzielt habe oder hätte erzielen können. Insofern rechtfertige es sich, das Valideneinkommen anhand des hypothetischen Einkommens zu ermitteln, d.h. nach jenem Lohn, den er aufgrund der vorbestehenden, aus unfallfremden Gründen reduzierten Arbeitsfähigkeit von 50 % zu erzielen imstande gewesen wäre. Gemäss LSE 2016 sei das statistische Einkommen von Männern im Kompetenzniveau 1 für einfache und repetitive Tätigkeiten mit Fr. 66'803.40 festzusetzen. Aufgrund der vorbestehenden 50%igen Arbeitsfähigkeit sei demnach von einem massgeblichen Valideneinkommen von Fr. 33'401.70 auszugehen. Nichts wesentlich anderes ergäbe sich, wenn vorliegend auf das Invalideneinkommen abgestellt würde, welches die IV-Stelle Zug seinerzeit in der rentenzusprechenden Verfügung vom 17. Februar 2011 angerechnet habe. Aufgerechnet auf das hier massgebliche Vergleichsjahr 2016 wäre dies mit mindestens Fr. 30'349.10 zu bemessen (act. 1 Ziff. 44–50).

6.1.1 Nebst dem bereits Gesagten (vgl. E. 3.3.1) gilt das Folgende:

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die

bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen und wollte sie sich nicht aus freien Stücken damit begnügen, hat eine Parallelisierung der beiden Vergleichseinkommen zu erfolgen. Massgeblich für die Ermittlung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens ist der branchenübliche Tabellenlohn (BGE 141 V 1 E. 5.4 mit weiteren Hinweisen). Nicht relevant ist, ob die versicherte Person in einem anderen Beruf mehr hätte verdienen können (Urteil BGer 8C_437/ 2013 vom 27. August 2013 E. 2.1).

Ein Valideneinkommen kann nur bezogen auf die Löhne in derjenigen Branche unterdurchschnittlich sein, in welcher die versicherte Person als Gesunde erwerbstätig gewesen war. Zudem hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_141/2016 und 8C_142/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5.2.2.3 entschieden, dass das Einkommen ungelernter Bauarbeiter, welches dem Mindestverdienst gemäss Landesmantelvertrag für das schweizerische Bauhauptgewerbe (GAV-LMV) entspricht oder diesen gar übersteigt, nicht als unterdurchschnittlich qualifiziert werden kann, auch wenn es erheblich unter dem in der LSE ausgewiesenen Durchschnittslohn im Bauhauptgewerbe liegt (Urteil BGer 8C_721/2017 vom 26. September 2018 E. 3.4.2).

6.1.2 Der Beschwerdeführer war seit dem 1. März 2012 bei der C._____, E._____, als Reinigungskraft angestellt (Suva-act. 1). Gemäss den Angaben der Treuhandfirma hätte er ohne Unfall in den Jahren 2013 bis 2016 monatlich jeweils Fr. 2'000.– verdient (Suva-act. 267). Darauf ist abzustellen, denn grundsätzlich wird das zuletzt erzielte Einkommen zur Ermittlung des Valideneinkommens herangezogen. Von einem unterdurchschnittlichen Verdienst kann hierbei nicht gesprochen werden, wie ein Blick in den Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für die Reinigungsbranche Deutschschweiz zeigt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann dieser als Vergleich dienen, gilt er doch für alle inländischen und ausländischen Betriebe bzw. Betriebsteile, welche Unterhalts- und Spezialreinigungsarbeiten an und in Gebäuden aller Art ausführen. Seine Arbeit ist zweifelsohne auch darunter zu subsumieren. Nicht stichhaltig ist auch sein Vorbringen, die Firma habe im Unfallzeitpunkt lediglich seit anderthalb Jahren bestanden und sich somit noch in der Aufbauphase befunden. Dies mag zwar zutreffen. Zu beachten ist indessen, dass der Beschwerdeführer laut dem Treuhänder der Firma auch im Jahr

2016 noch ein Einkommen von monatlich Fr. 2'000.– erzielt hätte. In diesem Zeitpunkt kann nicht mehr von einer Aufbauphase gesprochen werden. Wie vorstehend dargelegt, ist nicht relevant, ob der Versicherte in einem anderen Beruf mehr hätte verdienen können (vgl. E. 6.1.1 hiervor). Er hat bewusst die Stelle als Reinigungskraft bei der C. _____ innegehabt. Es rechtfertigt sich somit nicht, ein höheres Valideneinkommen anzunehmen, als er tatsächlich erzielt hat bzw. ohne den Unfall gemäss dem Treuhänder hätte erzielen können. Gegenteiliges liefe darauf hinaus, dass die Suva für ein fiktives höheres Valideneinkommen eintreten müsste, als es tatsächlich in der konkreten Situation gewesen wäre. Das Valideneinkommen von Fr. 24'000.– ist demnach rechters.

6.2 Sodann kritisiert der Beschwerdeführer auch die Ermittlung des Invalideneinkommens. Selbst unter Berücksichtigung der rein unfallbedingten Zumutbarkeitsbeurteilung im orthopädischen Teilgutachten dürfte deutlich werden, dass ihm keine Verweistätigkeit im Produktionssektor 2 mehr zugemutet werden könne, da dieser grösstenteils körperlich schwere Tätigkeiten beinhalte. Angesichts dessen rechtfertige es sich, das Invalideneinkommen anhand des Durchschnittseinkommens von Männern im Sektor 3 Dienstleistungen zu bemessen, da ihm in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht höchstens Tätigkeiten im Dienstleistungssektor zugemutet werden könnten. Gestützt darauf sei von einem statistischen Einkommen von maximal Fr. 62'137.– auszugehen. Der leidensbedingte Abzug sei aufgrund der hohen körperlichen und auch neuropsychologischen Einschränkungen, welche sich gegenseitig beeinflussten und verstärkten, auf 25 % zu veranschlagen. Selbst wenn den Ausführungen der Suva hinsichtlich der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit zu folgen wäre, bestehe zweifellos gleichwohl ein stark eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil sowie eine reduzierte Leistungsfähigkeit, das sich auch im Dienstleistungssektor als massgeblich einschränkend erweise. Darüber hinaus sei auch die erhebliche Lohndifferenz zu berücksichtigen, welche teilzeitarbeitende Männer gegenüber dem Medianwert hinnehmen müssten. Unter Würdigung der Gesamtumstände sei davon auszugehen, dass er selbst eine allfällige Restarbeitsfähigkeit aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit höchst unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten könnte, weshalb ihm ein maximaler Abzug von 25 % anzurechnen sei. Selbst wenn das Invalideneinkommen gemäss Suva, ausgehend vom statistischen Lohn mit einer 50%igen Kürzung infolge des Vorzustandes, zu bemessen wäre, ergäbe dies ein Invalideneinkommen von höchstens Fr. 23'301.40 (act. 1 Ziff. 51–54).

6.2.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 mit Hinweis).

Rechtsprechungsgemäss sind bei der Wahl des statistischen Ausgangslohns grundsätzlich die Lohnverhältnisse im gesamten Privatsektor massgebend. Davon abzuweichen besteht nur ausnahmsweise Anlass, z.B. wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit enge Grenzen gesetzt sind, etwa wenn alle produktionsnahen Tätigkeiten ausser Betracht fallen. Die Rechtsprechung hat wiederholt bestätigt, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten für Personen bestehen, die – was hier nicht zutrifft – funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)auto-matischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz von rechtem Arm und rechter Hand voraussetzen. Solche Arbeitsstellen bestehen auch in produktionsnahen Betrieben, weshalb kein Grund besteht, lediglich den Wert des Dienstleistungssektors zu berücksichtigen (Urteil BGer 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.1).

6.2.2 Der vorzitierten Rechtsprechung folgend ist es nicht zu beanstanden, dass die Suva für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE-Tabelle 2016, Kompetenzniveau 1, Totalwert der Männer abgestellt hat. Gemäss dem orthopädischen Experten der medaffairs AG ist dem Versicherten eine leichte körperliche Tätigkeit, hauptsächlich sitzend, nur geringgradig gehend und stehend, zu 70 % zumutbar (Suva-act. 406 S. 89). Die unfallfremden Beeinträchtigungen sind auszuklammern. Solche ihm noch möglichen Arbeiten werden auch in produktionsnahen Betrieben angeboten, weshalb

es sich vorliegend nicht rechtfertigt, lediglich auf die durchschnittlichen Einkommen des Sektors 3 (Dienstleistungen) abzustellen. Die Unfallversicherung hat das Invalideneinkommen von Fr. 33'401.70 (50 % von Fr. 66'803.40) korrekt errechnet.

6.2.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerthen. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (Urteil BGer 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.3.1 mit Hinweisen).

Die Frage nach der Höhe des (im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten) Leidensabzugs ist eine typische Ermessensfrage, deren Beantwortung letztinstanzlicher Korrektur nur mehr dort zugänglich ist, wo das kantonale Gericht das Ermessen rechtsfehlerhaft ausgeübt hat, also Ermessensüberschreitung, -missbrauch oder -unterschreitung vorliegt. Das kantonale Gericht darf sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (Urteil BGer 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.3.2).

6.2.4 Die Suva hat zufolge der körperlichen Einschränkungen bzw. der noch immer möglichen leichten Tätigkeiten und der Teilzeittätigkeit einen leidensbedingten Abzug von 15 % gewährt. Im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. etwa Urteil BGer 8C_699/2017 vom 26. April 2018 E. 3.1) ist dies nicht zu beanstanden, zumal die unfallfremden körperlichen Beeinträchtigungen unbeachtlich zu bleiben haben, was insbesondere für die neuropsychologischen Einschränkungen gilt. Diese sind gemäss dem MEDAS-Gutachten der MS zuzuordnen und somit nicht durch das Unfallereignis vom 2. Oktober 2013 bedingt. Die gesamthafte Schätzung der Suva erfolgte unter Würdigung

sämtlicher Umstände und nach pflichtgemäsem Ermessen. Es liegen für das Gericht keine triftigen Gründe vor, vorliegend in dieses Ermessen einzugreifen.

6.2.5 Somit verbleibt es bei dem von der Unfallversicherung ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 28'391.45.

6.3 Nach dem Gesagten hat die Suva beide Vergleichseinkommen korrekt bemessen und hieraus einen negativen Invaliditätsgrad von -18 % errechnet, was keinen Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung vermittelt.

7.

7.1 Letztlich beanstandet der Beschwerdeführer auch die Bemessung der Integritätsentschädigung. Die kreisärztliche Beurteilung durch Dr. G. _____ vom 9. März 2016 erweise sich angesichts der im Gutachten gemachten Feststellungen – leider hätten es die Experten unterlassen, auf die explizite Frage der Suva zu antworten – als unvollständig, da nicht alle gesundheitlichen Funktionseinschränkungen berücksichtigt worden seien. Neben der schweren OSG-Arthrose leide er auch unter einer Beinlängendifferenz von 3 cm, wofür eine zusätzliche Einbusse von 10 % anzunehmen sei. Davon gehe auch der Hausarzt in seiner Stellungnahme vom 10. September 2019 aus. Auch liege eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung im linken Ellbogen vor, was eine weitere Einbusse von 10 % bedeute. Ferner habe der Gutachter auch eine maximale Einschränkung des Zehenspiels festgestellt, wobei die Versteifung aller Zehen gemäss Tabelle 2 zu einer Integritätseinbusse von 10 % führe. Infolge des unfallkausalen Gangbildes aufgrund der Beinlängendifferenz leide er sodann auch unter erheblichen lumbalen Beschwerden, was bei deutlich eingeschränkter LWS-Beweglichkeit sowie starken Schmerzen ebenfalls zu einer zusätzlichen Integritätseinbusse führe. Im Übrigen habe der Kreisarzt in seiner Beurteilung nicht angeführt, auf welche Suva-Tabelle er sich abgestützt habe. Insofern sei auch die Integritätseinbusse von 30 % hinsichtlich der OSG-Arthrose weder nachvollziehbar noch schlüssig begründet, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Nicht zuletzt sei auf das neuropsychologische Teilgutachten zu verweisen. Die Experten hielten bezüglich der unfallkausalen Integritätseinbusse fest, dass aufgrund des Verlaufs sowie der neuropsychologischen Befunde von einer dauerhaften Schädigung der geistigen Integrität ausgegangen werden müsse und in diesem Zusammenhang eine Integritätseinbusse von 70 % festzulegen sei. Die gutachterlichen Feststellungen vermöchten demnach mehr als nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung der

Integritätseinbusse vom 9. März 2016 zu erwecken, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Es dränge sich somit eine gutachterliche Klärung auf (act. 1 Ziff. 58–67).

7.2 Die Suva hält entgegen, über die Ansprüche im Zusammenhang mit den (erst) im Juli 2018 gemeldeten Ellbogenbeschwerden sei ausserhalb dieses Verfahrens zu entscheiden. So seien diese auch Gegenstand der weiteren aktuellen Abklärungen. Die Beurteilung des Integritätsschadens im Zusammenhang mit dem rechten Fuss sei weiter aufgrund der Ausführungen zur damals vorliegenden erheblichen OSG-Arthrose rechts, zur fast vollständigen funktionellen Einschränkung der OSG-Beweglichkeit und zur hälftigen USG-Beweglichkeit genügend begründet worden und sei auch nachvollziehbar. Ob dem Versicherten nach dem Rückfall und insbesondere der durchgeführten Arthrodesen weitergehende Ansprüche zustünden, werde derweil abgeklärt. Bezüglich des rechten Fusses wie auch bezüglich der unfallkausalen Beinverkürzung rechts von 3,5 cm als Resultat der letzten Operation am OSG seien jedoch die Ergebnisse der geplanten Bildgebung seitens der LWS und der rechten Hüfte abzuwarten. Es habe folglich noch nicht abschliessend Stellung genommen werden können. Die geltend gemachten unfallbedingten neuropsychologischen Befunde seien gemäss neuropsychologischem Gutachten keine Gesundheitsschäden, welche durch das Ereignis vom 2. Oktober 2013 verursacht worden seien. Da ein lediglich möglicher Einfluss eines Unfalles im Sinne eines teilkausalen Zusammenhangs gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht reiche, seien die neuropsychologischen Defizite bei der Beurteilung der Integritätseinbusse zu Recht nicht berücksichtigt worden. Mangels eines überwiegend wahrscheinlichen (Teil-)Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten neuropsychologischen Befunden zum Unfallereignis sowie der laufenden Abklärungen bezüglich der Ellbogenbeschwerden, der Beinverkürzung sowie den allenfalls nach dem Rückfall veränderten Befunden am rechten Fuss sei die per 10. März 2016 festgesetzte Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 30 % nicht zu beanstanden (act. 7 Ziff. 4.20–4.24).

7.3

7.3.1 Erleidet der Versicherte durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat er Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Entschädigung wird gleichzeitig mit der Rente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei Beendigung der ärztlichen Behandlung (Abs. 2). Die Schädigung im Sinne der obgenannten Bestimmung besteht in der Regel in einem anatomischen, funktionellen oder geistigen bzw. psychischen Defizit.

Die abstrakt-egalitäre Bemessung dieses Schadens nach dem medizinischen Befund schliesst aus, dass eine allfällige Korrektur des Schadens durch Hilfsmittel berücksichtigt wird. Ziel der Entschädigung ist es nämlich, den körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden finanziell auszugleichen (Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 161 f.). Integritätsentschädigungen, aber auch Invaliden- oder Hinterlassenenrenten, werden angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung oder der Tod nur teilweise die Folge eines Unfalles ist (Art. 36 Abs. 2 Satz 1 UVG).

7.3.2 Die Integritätsentschädigung wird nach Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird nach der Schwere des Schadens abgestuft. Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin wiederum hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva herausgegebenen Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a mit Hinweis; zum Ganzen: BGE 124 V 29 E. 1b und 1c).

7.3.3 Bei der Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität hat der Arzt oder die Ärztin festzustellen, in welcher Hinsicht die versicherte Person durch den Unfall noch körperlich oder geistig/psychisch geschädigt ist. Sie haben sich im Weiteren dazu zu äussern, welche dieser Schäden als dauernd zu betrachten sind, d.h. voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang bestehen bleiben. Bei geringfügigen Verletzungsfolgen hat sich der Arzt oder die Ärztin zur Frage zu äussern, ob die Schädigung im Hinblick auf die im Anhang 3 zur UVV enthaltenen Listenpositionen als

erheblich, d.h. augenfällig oder stark, zu gelten hat. Gegebenenfalls haben sie zudem auf voraussehbare Verschlimmerungen aufmerksam zu machen. Anschliessend ist es Sache der Verwaltung bzw. des Sozialversicherungsgerichts, die ärztlichen Schlussfolgerungen daraufhin zu prüfen, ob sie den gesetzlichen Anforderungen gerecht werden.

7.3.4 Die Schätzung der Integritätseinbusse einer versicherten Person ist ein Ermessensentscheid. Bei dessen Überprüfung geht es um die Frage, ob der Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Das Sozialversicherungsgericht darf sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweis).

7.4 Der Kreisarzt Dr. G._____ nahm am 9. März 2016 eine medizinische Beurteilung vor. Befundmässig hielt er eine fortgeschrittene OSG-Arthrose bei posttraumatischen, belastungsabhängigen Restschmerzen und Varuskonfiguration des Rückfusses rechts nach mehrfacher operativer Versorgung einer komplexen tibiale-Fraktur am rechten OSG und eine beginnende USG-Arthrose fest. Den Integritätsschaden setzte er auf 30 % fest. Er begründete dies damit, dass die OSG-Arthrose rechts erheblich, die funktionelle Einschränkung der OSG-Beweglichkeit fast vollständig (nur noch Wackelsteifigkeit des OSG) und die Einschränkung der USG-Beweglichkeit hälftig sei (Suva-act. 254).

In seiner Beurteilung vom 19. November 2019 erklärte Dr. G._____ ferner, als Resultat der letzten Operation am OSG sei es zu einer relevanten Beinlängenverkürzung rechts von 3,5 cm gekommen. Dies sei eindeutig unfallkausal und müsse in die Bewertung der Integritätsentschädigung mit aufgenommen werden. Die vorbestehende unfallunabhängige lumbale Bandscheibendegeneration auf mehreren Ebenen habe durch die relevante Beinlängendifferenz, die erst kürzlich ausgeglichen worden sei, zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, welche bis jetzt noch anhalte. Zwischenzeitlich sei der Beinlängenausgleich erfolgt und es sei abzuwarten, inwieweit hier die Beschwerdehaftigkeit an der LWS, die sich momentan als Mischbild zwischen krankheitsbedingten/degenerativen Veränderungen und vorübergehender Dekompensation aufgrund des Beinlängenunterschiedes zeige, positiv beeinflusst werden könne. Die Einschätzung der Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung der

Beinlängendifferenz erfolge separat und erst, wenn die Ergebnisse der Bildgebung seitens der LWS und der rechten Hüfte vorlägen (Suva-act. 462).

7.5

7.5.1 Da – wie vorerwähnt – die Integritätsentschädigung grundsätzlich zusammen mit der Rentenfestsetzung erfolgen soll, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Suva vorerst lediglich die OSG-Arthrose berücksichtigt hat. Die übrigen erst später bekannt gewordenen, mittlerweile teils ebenfalls als unfallkausal eingestuften Beschwerden werden nach weiteren Abklärungen beurteilt. Diese traten zum Teil als Folge des Rückfalls (Suva-act. 343) und der damit verbundenen Operation am OSG auf (Suva-act. 357) auf, welche wiederum zu einer Beinlängendifferenz von 3,5 cm und infolge dessen zu weiteren Beeinträchtigungen geführt hat. Da diesbezüglich weitere Abklärungen notwendig sind, konnte die Suva über einen allfälligen weitergehenden Anspruch noch nicht befinden. Hiervon hat der Beschwerdeführer selber Kenntnis genommen (vgl. act. 11 Ziff. 85). In der Zwischenzeit hat die Suva bereits über eine zusätzliche Integritätsentschädigung für die Beinlängendifferenz verfügt (vgl. act. 17 sowie Bg-act. 2). Bezüglich der weiteren Beeinträchtigungen wird nach den erfolgten Abklärungen über eine zusätzliche Integritätsentschädigung zu entscheiden sein.

7.5.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es auch nicht rechtsfehlerhaft, dass die Unfallversicherung die neuropsychologischen Beeinträchtigungen nicht entgolten hat. Der neuropsychologische Sachverständige erklärte nämlich, die mittelschwere bis schwere neurokognitive Störung sei im Rahmen der MS und der Fatigue erklärbar (Suva-act. 406 S. 134). Aus neuropsychologischer Sicht lägen keine Unfallfolgen vor (Suva-act. 406 S. 138). Wie die Unfallversicherung zutreffend bemerkt hat, reicht zudem die blossе Möglichkeit eines Einflusses der Schmerzen auf das kognitive Leistungsvermögen in beweisrechtlicher Hinsicht nicht aus, um einen Anspruch zu begründen. Deshalb ist trotz der Ausführungen des Neuropsychologen, wonach aufgrund des Verlaufs sowie der neuropsychologischen Befunde eine dauerhafte Schädigung der geistigen Integrität (70 %) vorliege, für die neuropsychologischen Beeinträchtigungen keine Integritätseinbusse zu berücksichtigen, da diese unfallfremd sind.

7.5.3 Was die Einschätzung der Integritätsentschädigung des Kreisarztes Dr. G._____ vom 9. März 2016 bezüglich der OSG-Arthrose anbelangt, so ist diese nicht zu beanstanden. Es mag zwar zutreffen, dass der Unfallmediziner keine Tabelle genannt hat. Wie ein Blick in die Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) zeigt, besteht

für leichte Arthrosen keine Entschädigung, für eine mässige USG-Arthrose 5–15 % und für eine schwere OSG-Arthrose 15–30 %. Da der Beschwerdeführer erst an einer beginnenden USG-Arthrose und an einer erheblichen OSG-Arthrose litt, ist eine gesamthafte Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 30 % angemessen. Für das Gericht liegen keine erkennbaren Anhaltspunkte vor, korrigierend in das Ermessen eingreifen zu müssen.

7.4 Damit erweist sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde auch in Bezug auf die Integritätsentschädigung als unbegründet.

8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Suva auf das Gutachten der med-affairs vom 16. Juli 2018 abstellen durfte. Gestützt darauf hat die Unfallversicherung die Vergleichseinkommen korrekt ermittelt und einen Invaliditätsgrad von -18 % errechnet, was einen Rentenanspruch ausschliesst. Desgleichen ist auch die Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 30 % nicht zu beanstanden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

9. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos und eine Parteientschädigung ist dem Beschwerdeführer – bei vollständigem Unterliegen – nicht zuzusprechen (vgl. Art. 61 lit. a und lit. g ATSG). Dem obsiegenden Sozialversicherer ist in Übereinstimmung mit Art. 61 lit. g ATSG – welcher nur für die obsiegende Beschwerde führende Partei eine Entschädigung vorsieht – ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel sowie unter Beilage der Eingabe der Suva vom 4. September 2020 samt Beilagen), an die Suva, Luzern, sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 7. September 2020

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am