

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.244 vom 17. Februar 2022

SO Obergericht, 2022-02-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.244\\_d20220217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.244_d20220217)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.244 du 17 février 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.244 del 17 febbraio 2022

## Regeste

Unfallversicherung / IV-Rente

## Erwägungen

### E. 16

ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. September 2019 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 2. Mai 2019 seien aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 31. Mai 2019 hinaus weiterhin Taggelder nach Massgabe einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu entrichten und über den 31. Mai 2019 hinaus weiterhin die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu übernehmen. 3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 63 % sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 20 %, ausmachend CHF 29'640.00, und Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu gewähren. 4. Subeventualiter sei die Streitsache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Initiierung einer orthopädischen Begutachtung. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 5. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 8. November 2019 (A.S. 41 ff.) die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer lässt sich am 14. Januar 2020 ein zweites Mal vernehmen (A.S. 58 ff.), die Beschwerdegegnerin am 5. Februar 2020 (A.S. 67). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht sodann am 21. Februar 2020 eine Kostennote ein (A.S. 70 ff.). 6. Mit Verfügung vom 9. September 2020 (A.S. 74 ff.) stellt das Versicherungsgericht in Aussicht, ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ einzuholen. Die Parteien äussern sich dazu am 24. September 2020 (A.S. 78 f.) und 29. September 2020 (A.S. 80). Mit Verfügung vom 2. Oktober 2020 (A.S. 82 ff.) gibt das Versicherungsgericht das Gutachten in Auftrag. Dieses wird am 19. Januar 2021 von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH und Handchirurgie, erstattet (A.S. 95 ff.). Die Parteien nehmen am 26. Januar 2021 (A.S. 264) und 24. März 2021 (A.S. 274 ff.) dazu Stellung. Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht zudem eine Kostennote ein (A.S. 288 ff.). 7. Mit Verfügung vom 22. April 2021 (A.S. 291 f.) holt das Versicherungsgericht bei der Begutachtungsstelle eine Ergänzung des Gutachtens ein. Mit Verfügung vom 26. Mai 2021 (A.S. 297) werden zwei ärztliche Berichte, die der Beschwerdeführer am 21. Mai 2021 (A.S. 295 f.) hat einreichen lassen, ebenfalls zur Stellungnahme vorgelegt. Die Begutachtungsstelle äussert sich am 10. Juni 2021 (A.S. 299 ff.). Der Beschwerdeführer lässt sich am 10. August 2021 dazu vernehmen

(A.S. 311 ff.). 8. Mit Verfügung vom 1. September 2021 (A.S. 318 ff.) gibt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer die Gelegenheit, die Beschwerde wegen drohender reformatio in peius hinsichtlich der Integritätsentschädigung zurückzuziehen.

9. Mit Eingabe vom 14. Oktober 2021 (A.S. 326 ff.) zieht der Beschwerdeführer seine Beschwerde zurück, soweit eine Integritätsentschädigung von 20 % gefordert wurde. Die Rechtsbegehren werden wie folgt neu formuliert: 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. September 2019 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 2. Mai 2019 seien bis auf die zugesprochene Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 5 % aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 31. Mai 2019 hinaus weiterhin Taggelder nach Massgabe einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu entrichten und über den 31. Mai 2019 hinaus weiterhin die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu übernehmen. 3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 63 % und Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu gewähren. 4. Subeventualiter sei die Streitsache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Initiierung einer orthopädischen Begutachtung. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Gleichentags gibt der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzte Kostennote zu den Akten (A.S. 335 ff.). 10. Der Beschwerdeführer lässt am 24. November, am 8. und 16. Dezember 2021 sowie am 2. Februar 2022 weitere Unterlagen einreichen (A.S. 341 ff.). 11. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Da die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. 1.2 Wegen drohender reformatio in peius hat der Beschwerdeführer seine Beschwerde hinsichtlich der Integritätsentschädigung zurückgezogen. Die Frage der Integritätsentschädigung ist somit nicht mehr Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens. Das Verfahren ist diesbezüglich abzuschreiben. 2. 2.1 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Vor diesem Hintergrund ist auf den Unfall vom 27. Juni 2017 das neue Recht anwendbar, auf den Unfall vom 10. Dezember 2016 hingegen das alte Recht. Da aber die im vorliegenden Fall massgeblichen Bestimmungen des UVG nicht geändert wurden, spielt diese Unterscheidung faktisch keine Rolle. 2.2 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Der Anspruch auf eine Invalidenrente setzt voraus, dass die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Ein Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung besteht, wenn durch

den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist (Art. 24 Abs. 1 UVG). 2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.4 Im Weiteren wird verlangt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). 2.5 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Rechtsprechungsgemäss folgt aus dieser Bestimmung, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist, der sogenannte «Fallabschluss» vorzunehmen ist: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (Alexandra Rumo-Jungo / André P. Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 143 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). 3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden

medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.2 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen). Das heisst, auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Diese «geringe Zweifel-Praxis» gilt sodann auch für die Berichte der Vertrauensärzte der Unfallversicherung (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Mai 2019 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat.

4.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einsprache-Entscheid (A.S. 1 ff.) dar, dem Beschwerdeführer seien bis zum 31. Mai 2019 Heilbehandlungsleistungen zugekommen, weshalb der Fall auf diesen Zeitpunkt abzuschliessen sei. Laut Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ sei von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Gemäss Sprechstundenbericht vom 28. Februar 2019 habe Dr. med. F.\_\_\_\_ die Behandlung abgeschlossen. Somit gehe dieser nicht mehr von der Notwendigkeit medizinischer Massnahmen aus. Wohl sei es am 11. April 2019 wegen vom Beschwerdeführer geklagter neuer Beschwerden zu einer sogenannt ausserplanmässigen Kontrolle gekommen, anlässlich welcher Dr. med. F.\_\_\_\_ eine Infiltration vorgenommen habe. Jedoch habe dieser bereits im Mai 2019 explizit keine

weiteren Massnahmen mehr empfohlen. Diese ausdrückliche Nichtempfehlung stehe im Einklang mit der kreisärztlichen Beurteilung, eine namhafte Besserung sei nicht mehr zu erwarten. Im Sprechstundenbericht vom 27. Juni 2019 habe Dr. med. F.\_\_\_\_ ausdrücklich vom Erreichen eines «Endpunktes» gesprochen. In Anbetracht dieser Umstände könne nicht gesagt werden, Ende Mai 2019 sei noch eine namhafte Besserung überwiegend wahrscheinlich gewesen. Auf eine Rückforderung der darüber hinaus erbrachten Leistungen werde verzichtet. Da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Unfalls arbeitslos gewesen sei, werde zur Berechnung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abgestützt, und zwar auf die das Jahr 2016 betreffende Tabelle TA1, wobei vom monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) für die im Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») beschäftigten Männer über den gesamten Sektor 3 («Dienstleistungen») ausgegangen werde (CHF 4'967.00). Umgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden und in Berücksichtigung einer Nominallohnerhöhung von 0,4 % (2017), 0,5 % (2018) sowie nochmals 0,5 % (2019) resultiere betreffend 2019 ein Jahreslohn und somit ein Valideneinkommen von CHF 63'011.00. Was das Invalideneinkommen anbelange, sei vorweg zu klären, welche Arbeit zumutbar sei. Der Kreisarzt gehe betreffend eine angepasste Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus. Die Restfolgen der beiden Unfälle seien nicht von solchem Ausmass, dass sie ein volles Pensum einer angepassten Tätigkeit ausschliessen würden. Der Beschwerdeführer leide auch an unfallfremden Beschwerden, welche wohl bei der Invalidenversicherung berücksichtigt werden müssten, vorliegend aber ausser Betracht zu bleiben hätten. Auf die kreisärztliche Beurteilung könne abgestellt werden und es sei in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit von einem 100%-Pensum auszugehen. Zur Berechnung des Invalideneinkommens werde ebenfalls auf die Tabelle TA1 abgestützt, wobei auf den gesamten privaten Sektor abgestellt werde. Dies führe beim monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) von CHF 5'340.00 zu einem Jahreslohn von CHF 67'743.00. Hiervon sei ein Leidensabzug von 5 % vorzunehmen, was ein Invalideneinkommen von CHF 64'356.00 ergebe. Im Ergebnis bestehe damit keine Erwerbseinbusse. Auch mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Valideneinkommen resultiere bei einem Abzug von 5 % kein Invaliditätsgrad, der einen Rentenanspruch begründe.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 16 ff.) entgegenhalten, die internen versicherungsärztlichen Stellungnahmen seien nicht beweistauglich. Leistungsansprüche seien grundsätzlich mittels externer Gutachten zu klären. Die Einschätzung der Kreisärzte, die Fachärzte für Chirurgie, nicht aber für Orthopädie, seien, widerspreche derjenigen der behandelnden Ärzte. Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. November 2017 sei davon ausgegangen worden, dass betreffend den linken Fuss noch immer eine erhebliche Beschwerdesymptomatik und in Bezug auf die linke Hand Restbeschwerden bestünden. Obwohl dementsprechend nicht von einem Endzustand ausgegangen worden sei, sei ein Zumutbarkeitsprofil erstellt worden. Es seien keine Äusserungen zur Restarbeitsfähigkeit in prozentualer Hinsicht, zusätzlichen Leistungseinschränkungen, Notwendigkeit von Entlastungspausen oder vermindertem Arbeitstempo gemacht worden. Die Beschwerdegegnerin habe ausserdem nach der kreisärztlichen Untersuchung weiterhin Leistungen erbracht. Der Beschwerdeführer habe sich am 3. Oktober 2018 einer Operation unterziehen müssen, die die Beschwerden jedoch auch nicht gebessert habe. Es habe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, die auch jetzt noch bis mindestens 6. Oktober 2019 fortduere. Der Endzustand sei nicht erreicht. Dr. med. F.\_\_\_\_ habe seine

zunächst getroffene Einschätzung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ab 10. März 2019 selber revidiert und dem Beschwerdeführer vom 1. bis 21. April 2019 weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein solle, werde durch das von der IV durchgeführte Belastbarkeitstraining widerlegt. Der Beschwerdeführer habe trotz hoher Motivation nur ein Pensum von 45 % erreichen können. Sollte entgegen dem Gesagten von einem Endzustand ausgegangen werden, so sei bei der Invaliditätsbemessung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sei der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich falsch. Beim Valideneinkommen werde auf den Dienstleistungssektor abgestellt, wozu überhaupt kein Anlass bestanden habe. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer als gesunde Person bloss im Dienstleistungssektor tätig wäre. Vielmehr sei auf den Zentralwert über den gesamten privaten Sektor abzustellen. Das Valideneinkommen betrage damit CHF 67'743.00. Als Invalideneinkommen seien 50 % des Valideneinkommens zu berücksichtigen und hiervon ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Der Beschwerdeführer könne nur noch Teilzeit arbeiten und sei auf eine massiv dem Leiden angepasste Tätigkeit angewiesen, die wechselbelastend ausgestaltet sein müsse. Überdies spreche er kaum Deutsch. Falsch sei die Behauptung der Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer an unfallfremden Beschwerden leide. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit beziehe sich rein auf die Unfallfolgen. Gesamthaft resultiere ein Invaliditätsgrad von 63 %.

5. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich des medizinischen Sachverhalts sowie des Anspruchs auf eine Invalidenrente sind im Wesentlichen folgende Akten relevant:

5.1 Gemäss Notfallbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_, vom 10. Dezember 2016 (Suva-Nr. II-16) erlitt der Beschwerdeführer nach einem Treppensturz eine Kontusion am linken Vorfuss und an der linken Schulter. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für vier Tage (bis zum 13. Dezember 2016) attestiert. Eine am gleichen Tag erfolgte Röntgenuntersuchung brachte keinen Nachweis einer Fraktur zu Tage (Suva-Nr. II-17).

5.2 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte am 10. Januar 2017 (Suva-Nr. II-14) einen Status nach Sturz am 10. Dezember 2016 mit persistierendem Schmerzsyndrom und ein Non-Hodgkin-Lymphom. Es bestehe wiederum ähnlich wie vor Jahren ein komplexes residuelles Schmerzsyndrom nach Sturz. Da der Beschwerdeführer angebe nicht mehr arbeiten zu können und auch entsprechende Bestätigungen mitbringe, werde eine SPECT-CT-Untersuchung zum sicheren Ausschluss schwerer Körperverletzungen veranlasst. Es werde aber nicht mit Pathologien gerechnet. Am 20. Januar 2017 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_ (Suva-Nr. II-18), im SPECT-CT erkenne man tatsächlich im Bereich des Mittelfusses und vor allem Pes 2. Strahl eine deutliche Anreicherung, die einer diffusen Kontusionierung entsprechen könnte. Eine Fraktur werde nicht gesehen. Er habe eine lokale Infiltration des MTP-II-Gelenkes vorgeschlagen. Diese sei in der Nacht vom 26. auf den 27. Januar 2017 durchgeführt und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis 1. Februar 2017 attestiert worden (Suva-Nr. II-19). Die SPECT-CT-Untersuchung interpretiere er als chronische Fehlbelastung. Eine weitere Untersuchung durch Dr. med. I.\_\_\_\_ erfolgte am 13. Februar 2017 (Suva-Nr. II-22). Dieser sah weder am Fuss noch am Rücken klinisch sicher eine Pathologie. Der Fuss sei nicht geschwollen, lokal kaum mehr druckempfindlich und ohne Hämatom. Er habe mit dem letzten Zeugnis eine 50 % Arbeitsunfähigkeit attestiert in der Meinung, dass der Beschwerdeführer noch wegen seiner Grundkrankheit (Lymphom) zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Im Prinzip sei er der Auffassung, dass die

rein unfallbedingten Pathologien jetzt so geringfügig seien, dass eine Arbeitsunfähigkeit, auch partiell, seitens des Unfalls nicht mehr gerechtfertigt sei. 5.3 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Leitender Arzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie am H.\_\_\_\_, vom 17. Juli 2017 (Suva-Nr. II-42) wurden ein Status nach artikulärer, distaler Metatarsale II-Fraktur links vom 10. Dezember 2016 und eine traumatisierte MTP-1-Arthrose links nach Sturz vom 10. Dezember 2016 diagnostiziert. Eine Röntgenaufnahme vom 4. Juli 2017 habe am linken Fuss eine deutliche Dekonfiguration des Metatarsale II-Köpfchens mit zentralem Einbruch der Gelenkfläche und Hypersklerose gezeigt sowie eine mässiggradige MTP I-Arthrose mit dorsalem Osteophyten und Verschmälerung vor allem des lateralen Gelenkspaltes. Die Vorfussschmerzen links liessen sich durch zweierlei Probleme erklären: Einerseits liege klar eine traumatische artikuläre Fraktur des Metatarsale II-Köpfchens links vor (die Unfallbilder vom 10. Dezember 2016 hätten ein absolut normal konfiguriertes Köpfchen im Sinne einer posttraumatisch sekundär aufgetretenen Nachsinterung gezeigt). Dann bestehe eine mässiggradige Arthrose im Grosszehengrundgelenk links, die möglicherweise durch den Sturz traumatisiert worden sei. Es seien die möglichen konservativen und operativen Therapieoptionen besprochen worden und der Beschwerdeführer wolle zuerst konservativ therapieren. Am 20. Oktober 2017 wurde berichtet (Suva-Nr. II-68), eine Röntgenaufnahme des linken Fusses vom 10. Oktober 2017 zeige weiterhin eine deutliche Dekonfiguration des dorsalen Metatarsale II-Köpfchens im Sinne einer posttraumatischen Arthrose nach artikulärer Fraktur. Die bekannte MTP I-Arthrose sei unverändert. Dem Beschwerdeführer sei erklärt worden, dass man im Prinzip am gleichen Ort stehe wie bei der letzten Konsultation. Bei erträglichen Beschwerden könne er sicher so weiterfahren mit Tragen des orthopädischen Serienschuhes. Sollten die Beschwerden aber unerträglich werden, müsse er sich ernsthaft eine Operation überlegen. Auch mit der Arbeitsunfähigkeit bestünden noch gewisse Unklarheiten. Es werde ein vorerst letztes Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 20 % für den theoretischen Job als Lagerist bis vorerst 30. November 2017 ausgestellt. 5.4 Gemäss Notfallbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, behandelnder Arzt am H.\_\_\_\_, vom 27. Juni 2017 (Suva-Nr. I-1) erlitt der Beschwerdeführer eine Handdistorsion rechts nach einem Stolpersturz. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit bis 30. Juni 2017 attestiert. Der Hausarzt med. pract. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, stellte am 20. Juli 2017 ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 100 % bis 23. Juli 2017 und von 50 % ab 24. Juli 2017 für die Dauer von einer Woche aus (Suva-Nr. I-9). 5.5 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ und med. pract. N.\_\_\_\_, Spital H.\_\_\_\_, vom 12. August 2017 (Suva-Nr. I-25) wurde ein Verdacht auf LT-Bandläsion Handgelenk rechts (dominant), differentialdiagnostisch dorsaler Kapselausschnitt, bei Handgelenksdistorsion rechts am 27. Juni 2017, geäußert. Klinisch bestehe möglicherweise eine LT-Bandläsion, es komme jedoch auch ein Ausriss der dorsalen Kapsel als Ursache der Beschwerden in Frage. Der Beschwerdeführer werde mit einer Handgelenksmanschette versorgt und es werde ein Termin für ein Arthro-MRI zur weiteren Abklärung organisiert. Es sei vorderhand eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren. Im Sprechstundenbericht vom 1. September 2017 (Suva-Nr. I-29) wurde dann eine Ulnacarpale Impaktion mit Läsion des TFCC Handgelenk rechts (dominant) mit Handgelenksdistorsion nach Stolpersturz am 27. Juni 2017, bei Ulna plus-Variante von 2 mm, diagnostiziert. Das MRI des Handgelenks rechts zeige eine älter erscheinende zentrale TFCC-Läsion sowie eine neuere Läsion der ulnarseitigen Aufhängung des TFCC sowie ein ödematöses Os triquetrum. Es werde die operative Versorgung empfohlen, der Beschwerdeführer wolle jedoch die konservative

Therapie weiter versuchen. Es werde ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 50 % für drei Wochen ausgestellt und dann für 20 % für weitere drei Wochen. 5.6 Am 13. November 2017 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, kreisärztlich untersucht (Suva-Nr. II-76). Als Befund am linken Fuss erhob sie reizlose Weichteilverhältnisse. Es bestünden keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung, aber ein ausgeprägter Druckschmerz im Bereich des Grundgelenkes der zweiten Zehe links mit Punktum maximum bei Druck von Seiten der Fusssohle. Das Barfussgangbild sei ganz leicht hinkend, ein Abrollen des linken Fusses möglich. Zehen- und Hackenstand und -gang seien beidseitig durchführbar, jedoch linksseitig schmerzhaft. Die Beweglichkeit im Bereich der linken Hüfte sei bei Rotation leicht eingeschränkt. Die sonstige Beweglichkeit der Knie und der oberen Sprunggelenke sei seitengleich endgradig frei. Im Bereich des linken Fusses bestehe eine leichte Spreizfussbildung mit leicht verstärktem typischem Hornperlenverteilungsmuster im Bereich der Fusssohle unter dem vorderen Fussgewölbe. An der rechten Hand zeigten sich ebenfalls reizlose Weichteilverhältnisse, keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung, aber ein deutlicher Druckschmerz im Bereich des rechten Handgelenkes und der rechten Handwurzel mit Punktum maximum radiallyseitig. Im Bereich der ulnaren Gelenkanteile seien nur ganz leichte Beschwerden auslösbar. Im Bereich des rechten Handgelenks bestehe eine leichtgradige Bewegungseinschränkung bei Pro- und Supination sowie bei Dorsal- und Palmarflexion sowie bei Ulna- und Radialduktion. Die Sensibilität, Motorik und Durchblutung der abhängigen Partien sei intakt. Es wurden folgende Diagnosen erhoben: - Stolpersturz am 27. Juni 2017 mit ulnokarpaler Impaktion mit Läsion des TFCC am rechten Handgelenk nebenbefundlich Ulna-Plus-Variante von 2 mm frischer Avulsionsfraktur der ulnaren Kante des Os triquetrum bei bekannter älterer Abrissfraktur des Os triquetrum mit freiem Knochensegment ulnar distal - Treppensturz am 10. Dezember 2016 mit Verletzung des linken Mittelfusses mit Verdacht auf artikulare distale Metatarsale-II-Fraktur links Verdacht auf Traumatisierung einer vorbestehenden MTP-I-Arthrose links In ihrer Beurteilung hielt die Kreisärztin fest, nachdem nach einem Treppensturz am 10. Dezember 2016 lediglich eine Kontusion des linken Fusses diagnostiziert worden sei, sei im Verlauf der Verdacht auf eine artikulare distale Metatarsale II-Fraktur sowie auch Traumatisierung einer vorbestehenden MTP-I-Arthrose geäußert worden. Im Rahmen eines Stolpersturzes am 27. Juni 2017 habe sich der Beschwerdeführer eine ulnare Impaktion mit Läsion des TFCC am rechten Handgelenk bei vorbestehender Ulna-Plusvariante von 2 mm zugezogen, darüber hinaus eine Avulsionsfraktur aus der ulnaren Kante des Os triquetrum. Bei der kreisärztlichen Untersuchung bestehe hinsichtlich des linken Fusses noch eine erhebliche Beschwerdesymptomatik über dem I. und II. Strahl des linken Mittelfusses mit Zunahme unter Belastung. Bezüglich des rechten Handgelenks bestehe ein zufriedenstellendes Ergebnis hinsichtlich der Unfallfolgen mit noch bestehender Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Handgelenkes mit Punktum maximum radiallyseitig über der Handwurzel. Die Beweglichkeit des Handgelenks sei in allen Freiheitsgraden leicht eingeschränkt. Hinsichtlich der Unfallfolgen sei folgendes Zumutbarkeitsprofil zu definieren: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Arbeit überwiegend sitzend mit der Möglichkeit zum Positionswechsel (Gehen und Stehen) ohne Zwangshaltung der linken unteren Extremität. Nicht zumutbar sei repetitive und dauerhafte Betätigung eines Pedals mit dem linken Fuss. Ebenfalls nicht zumutbar sei dauerhafte und repetitive Fortbewegung auf unebenem Boden sowie Treppen. Gewichte könnten bis 15 kg beidhändig angehoben und getragen werden. Nicht zumutbar seien eine Zwangshaltung der oberen rechten

Extremität sowie stereotype Bewegungsabläufe der rechten Hand. Speziell repetitive Umwendbewegungen seien zu vermeiden. Die Fähigkeit auf Leitern und Gerüsten zu arbeiten sei derzeit nicht gegeben. Im Hinblick auf die weitere Behandlung erscheine die Verordnung von Physiotherapie und Ergotherapie sinnvoll. Im Hinblick auf angedachte operative Therapien des rechten Handgelenkes sei nochmals hervorzuheben, dass im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung die Beschwerdesymptomatik sehr deutlich auf den radialen Anteil des Handgelenkes beschränkt gewesen sei, so dass sehr sorgfältig abzuwägen sei, ob eine operative Therapie der TFCC-Läsion zu einer entscheidenden Verbesserung der Symptomatik beitragen könne.

5.7 Die Invalidenversicherung sprach dem Beschwerdeführer am 14. November 2017 Integrationsmassnahmen im Sinne eines Belastbarkeitstrainings bei der Institution P.\_\_\_\_ zu (Suva-Nr. II-85). Daran anschliessend wurde gleichenorts ein Aufbautraining durchgeführt (Suva-Nr. II-99).

5.8 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2018 (Suva-Nr. I-87) wird in Bezug auf den Unfall an der rechten Hand ausgeführt, bei Ulna plus Variante könne durchaus eine ulnocarpale Impaktion bestehen. Wahrscheinlich habe der Beschwerdeführer eine kombinierte degenerative und auch aktuell aktivierte Problematik an seinem TFCC nach dem Unfall vom 27. Juni 2017. Nach dieser Zeit nun sollten die Beschwerden aber langsam soweit in Ordnung sein, dass der Beschwerdeführer wieder arbeitsfähig sei. Die Infiltrationsbehandlung habe leider keinen durchschlagenden Erfolg gebracht. Mit weiterer konservativer Therapie, wie Ergotherapie und der Schiene, sei der Beschwerdeführer soweit kompensiert. Er sei aktuell nicht so schmerzgeplagt, dass eine Operation in Frage komme.

5.9 Am 28. Mai 2018 berichtete Dr. med. J.\_\_\_\_ (Suva-Nr. II-116), der Beschwerdeführer habe sich wegen persistierender Schmerzen über dem zentralen Vorfuss links gemeldet. Die Situation sei unverändert zu den mehrfachen Besprechungen in der Vergangenheit. Im Prinzip könne er so weiterfahren mit den orthopädischen Serienschuhen. Bei entsprechendem Leidensdruck müsse er sich eine Operation überlegen.

5.10 Am 6. Juni 2018 legte die Beschwerdegegnerin den Fall der Versicherungsmedizin vor. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt am 8. Juni 2018 (Suva-Nr. II-117) fest, gemäss den vorliegenden ärztlichen Unterlagen sei die Behandlung abgeschlossen. Es sei ein stabiler Zustand erreicht. Von weiteren Therapien sei keine weitere Verbesserung mehr zu erwarten. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten vorzugsweise sitzend und ohne langandauernde Geh- und Stehphasen sowie ohne Zwangshaltungen für die linke untere Extremität in kniender oder kauender Position. Nicht zumutbar sei die andauernde oder häufig repetierende Betätigung eines Pedals mit dem linken Fuss. Nicht zumutbar seien das Gehen auf unebenem Gelände sowie häufiges Besteigen von Treppen oder Leitern. Gewichte bis 15 kg könnten beidhändig gehoben und getragen werden. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit der rechten Hand mit Einwirkungen von Schlägen oder starken Vibrationen oder abrupten oder häufig repetitiven Umwendbewegungen. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar.

5.11 Mit Sprechstundenbericht vom 16. Juli 2018 (Suva-Nr. II-135) berichtete Dr. med. Q.\_\_\_\_, Oberarzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie am H.\_\_\_\_, der Zustand am Fuss sei unverändert zur Voruntersuchung. Der Beschwerdeführer wünsche nun eine Operation. Gemäss Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2018 (Suva-Nr. II-136) zeigte das CT des linken Fusses vom 9. Juli 2018 Knochenzysten im dorsalen Anteil des Metatarsale II-Köpfchens bis 50 % der Gelenksfläche betreffend sowie degenerative Veränderungen im Gelenk ebenda. Nur eine diskrete Degeneration bestehe im MTP I-Gelenk. Mit einer derotierenden, verkürzenden Weil-Osteotomie mit

Exzision des Befundes könne eine deutliche Beschwerdebesserung erreicht werden. Für diesen Eingriff leistete die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache (Suva-Nr. II-139). 5.12 Am 24. Oktober 2018 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie am H.\_\_\_\_, am linken Fuss operiert (Suva-Nr. III-175). Gemäss Austrittsbericht vom 26. Oktober 2018 zeigte eine intraoperative Röntgenkontrolle regelrechte Stellungsverhältnisse (Suva-Nr. III-174). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24. Oktober bis 11. November 2018 attestiert. Gemäss Sprechstundenberichten vom 17. Dezember 2018 (Suva-Nr. II-192) und 11. Januar 2019 (Suva-Nr. III-197) zeigten sich sechs bzw. acht Wochen nach der Operation regelrechte Verhältnisse. Auf Grund der stehenden Tätigkeit des Beschwerdeführers wurde die Arbeitsunfähigkeit am 1. Januar 2019 verlängert. Am 3. Januar 2019 hatte Dr. med. F.\_\_\_\_ die Arbeitsunfähigkeit wie folgt festgelegt (Suva-Nr. III-209): 100 % vom 1. bis 13. Januar 2019 75 % vom 14. bis 27. Januar 2019 50 % vom 28. Januar bis 10. März 2019 Am 15. März 2019 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_ (Suva-Nr. III-213), auch drei Monate nach der Operation sei der Verlauf regelrecht. Ab dem 10. März 2019 sehe er eine volle Arbeitsfähigkeit. Eine Infiltration oder Physiotherapie komme aus seiner Sicht nicht mehr in Frage, da der Beschwerdeführer dahingegen austherapiert sei. 5.13 Der Fall wurde erneut der Versicherungsmedizin vorgelegt und Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt am 22. März 2019 (Suva-Nr. II-215) Folgendes fest: Die fussorthopädische Behandlung sei abgeschlossen. Der Beschwerdeführer sei vom behandelnden Orthopäden ab dem 10. März 2019 für voll arbeitsfähig beurteilt worden. Von handchirurgischer Seite sei die Behandlung bereits Anfang letzten Jahres abgeschlossen worden. Der Beschwerdeführer habe gemäss der Beurteilung des Handchirurgen Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2018 eine kombinierte degenerative und vorübergehend auch aktivierte Problematik an seinem TFCC bei vorbestehender Überlänge der Ulna (Ulna plus Variante) gehabt. Die Zumutbarkeit bleibe unverändert. 5.14 Am 11. April 2019 attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 21. April 2019 (Suva-Nr. III-220). In seinem Sprechstundenbericht vom 2. Mai 2019 über die Konsultation vom 11. April 2019 (Suva-Nr. III-249) hielt er fest, es handle sich um eine ausserplanmässige Verlaufskontrolle. Der Beschwerdeführer gebe nun Beschwerden im Bereich der Osteotomie an, die eher brennender Sensation seien und teilweise eine Elektrisierung hätten. Die postoperativen Narbenverhältnisse seien reizlos und trocken. Es zeigten sich keine Rötung, Überwärmung und kein Anhalt für einen Infekt. Dig. II zeige sich mit leichter lateraler Deviation. Es sei eine Druckdolenz über dem Metatarsale II- und III-Köpfchen auslösbar. Er diskutiere die Situation mit dem Beschwerdeführer ausführlich und entschlüsse sich eine Infiltration in der heutigen Sprechstunde durchzuführen, dies um das Metatarsale II-Köpfchen herum. Anschliessend an die Infiltration gebe der Beschwerdeführer nahezu eine Schmerzfreiheit an. Im Sprechstundenbericht vom 17. Mai 2019 (Suva-Nr. III-251) wird ausgeführt, insgesamt sehe man klinisch-radiologisch einen regelrechten Verlauf postoperativ. Der Beschwerdeführer gebe jedoch weiterhin Beschwerden im Bereich der Osteotomie an. Die Infiltration habe leider nur wenig Besserung der Beschwerden erbracht. Im Moment empfehle man keine weiteren Massnahmen. Es sei ein Toe-alignment-Brace verordnet worden, da es den Beschwerdeführer störe, dass die Zehe nun etwas mehr nach lateral ziehe. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis 31. Mai 2019 attestiert (Suva-Nr. III-250). 5.15 Mit Zeugnis vom 27. Juni 2019 (Suva-Nr. III-265) attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_ erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 25. Juni bis 21. Juli 2019. Am 19. Juli 2019 (Suva-Nr. III-270) berichtete er über eine beginnende MPT II-Arthrose nach artikulärer distaler

Metatarsale II-Fraktur links vom 10. Dezember 2016 bei modifizierter Weil-Osteotomie MT II links. Die Situation sei unverändert. Der Beschwerdeführer werde seiner Ansicht nach nicht mehr zu 100 % arbeitsfähig in einem den ganzen Tag belastenden, stehenden oder laufenden Beruf. Aktuell arbeite dieser zu 20 % als Logistiker bei der Post. Diese Arbeit sei erdenklich ungeeignet. Seiner Ansicht nach sei ein Endpunkt erreicht. Die Situation lasse sich weder operativ noch konservativ stark verbessern. Er bitte daher um eine Umorientierung bezüglich der beruflichen Belastung. Die Arbeitsunfähigkeit von 50 % wurde bis 25. August 2019 verlängert (Suva-Nr. LII-273), später auch bis am 6. Oktober 2019 (Suva-Nr. III-285). 5.16 Im Beschwerdeverfahren wurde bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ ein Gerichtsgutachten eingeholt. Dieses datiert vom 19. Januar 2021 und wurde von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Handchirurgie, erstattet (A.S. 95 ff.). 5.16.1 Im orthopädisch-chirurgischen Gutachten wird zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ausgeführt, seit dem Unfall vom 10. Dezember 2016 (Treppensturz) verspüre er Schmerzen im linken Fuss. Diese seien anfänglich sehr stark gewesen (VAS 9 – 10), mit Schmerzmitteln einigermassen einstellbar. Er habe danach immer Schmerzen gehabt. Therapien hätten wenig geholfen und zur Operation habe er sich erst nach längerer Bedenkfrist entscheiden können. Nach der Operation hätten sich die Schmerzen im linken Fuss gebessert und seit ca. sechs Monaten postoperativ seien sie auf gleichbleibendem VAS-Niveau 4 – 5 geblieben. Danach habe er keine bemerkenswerte Verbesserung mehr verspürt. Bei Belastung würden die Beschwerden zunehmen. Er habe die Beschwerden akzeptiert und könnte sich eine Arbeitstätigkeit als Gabelstaplerfahrer vorstellen, wenn es von den Schmerzen her gehe (A.S. 168). Es werden folgende Befunde erhoben: Der Gang sei mit Spezialschuhen und barfuss hinkfrei, das Abrollen über beide Vorfüsse unauffällig. Der Zehengang links sei schmerzhaft, der Beschwerdeführer knicke ein. Die Füße beidseits zeigten sich mit verbreitertem Vorfuss, das Längsgewölbe leicht abgeflacht. Die Beschwiellung spreche beidseits für einen Spreizfuss. Links bestehe eine reizlose Narbe über MTP II, ohne sicht- oder tastbare Rötung oder Schwellung. Es bestünden eine Beschwiellung mit Hauptbeschwiellung unter dem MT-I-Köpfchen und MT-IV/V-Köpfchen, eine schmerzhaft Extension, eine schmerzfreie Flexion, ein Druckschmerz von dorsal auf das MTP II Gelenk, ohne Schmerz bei Druck auf MT-II-Köpfchen (A.S. 172). Ein Röntgen des linken Fusses dp und lateral stehend vom 20. Februar 2020 zeige Folgendes: in der dp-Projektion bestünden eine normale Konfiguration des Vorfusses ohne Anhaltspunkte für einen Spreizfuss und eine Schraube in situ mit Zeichen einer verheilten Osteotomie. Die Osteotomie im Bereich MT-II-Köpfchen sei verheilt, Metatarsale II sei auf Länge mit MT-I, im Vergleich zu Voraufnahmen vom 30. Januar 2018 damit um 6 mm verkürzt. Es zeige sich ein weiter Gelenkspalt im MTP-II-Gelenk. Im Seitenbild zeigten sich im plantaren Gelenksanteil Anhaltspunkte für eine Osteonekrose (zystische Veränderung), die Schraube sitze in situ. Im Seitenbild, stehend, zeige sich ein unauffälliges Längsgewölbe, Sesambeine (Dig I) und Tuber calcanei seien auf einer Ebene, das MT-II-Köpfchen sei leicht cranialisiert und nicht bodenberührend (modifizierte Weil-Osteotomie). Es bestünden ein Osteophyt dorsalseitig am Dig II MT-Köpfchen und eine diskrete Grundgelenksarthrose mit subchondraler Sklerosierung Dig I, ohne osteophytäre Ausziehungen oder Gelenkspaltverschmälerung. Insgesamt bestünden somit arthrotische Veränderungen im Bereich des MTP-II-Gelenkes und Zeichen für eine beginnende Arthrose im Grosszehengrundgelenk (A.S. 173). Folgende Diagnosen werden erhoben (A.S. 173 f.): mit

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: keine. ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: -  
Beginnende Grundgelenksarthrose Dig. I Fuss links - MTP-II-Gelenksarthrose Fuss links  
Zustand nach MT-II-Köpfchen-Fraktur Fuss links 10. Dezember 2016 Zustand nach  
Weil-Osteotomie MT II Fuss links 24. Oktober 2018 mit Ausbildung eines Osteophyten  
5.16.2 Im handchirurgischen Teilgutachten wird zu den subjektiven Angaben des  
Beschwerdeführers gesagt, er sei am 27. Juni 2017 auf der Treppe ausgerutscht und bei  
flektiertem Handgelenk gestürzt. Aktuell habe er Schmerzen vor allem bei belastenden  
Tätigkeiten oder Tragen von schweren Gegenständen. Die Schmerzen lokalisierten sich  
palmar auf das Handgelenk, teilweise auch dorsal. Er habe Krämpfe der Handmuskulatur  
und auch ab und zu ein Taubheitsgefühl in allen Fingerkuppen. In Ruhe habe er praktisch  
keine Schmerzen. Zusätzlich beklage er einen Kraftverlust (A.S. 188). Hinsichtlich des  
rechten Handgelenkes stünden aktuell plötzliche Krämpfe in der Handinnenfläche und  
Schmerzen im Bereich des palmaren Handgelenkes vor allem bei Belastung im  
Vordergrund. Die Symptomatik trete auch oft nachts auf, es komme zu Kribbelparästhesien  
und einem Taubheitsgefühl in allen Fingern. Diese Symptomatik nehme eher zu.  
Schmerzen bei der Drehbewegung des Handgelenkes habe er nicht. Im Alltag  
beeinträchtigt ihn vor allem ein Kraftverlust und Krämpfe in der Handinnenfläche. Er  
salbe das Handgelenk bei Beschwerden ein und nehme ab und zu Dafalgan-Tabletten. Eine  
Manschette trage er nur ab und zu, dies bringe auch leichte Besserung der Symptomatik. Im  
Vordergrund stünden die Probleme, die er mit dem linken Fuss habe. Hinsichtlich der  
rechten Hand und des Handgelenkes sei er positiv eingestellt und bewerbe sich wieder als  
Logistiker, jedoch sei die Arbeitssuche aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation  
angespannt (A.S. 189). Zu Anamnese wird ausgeführt, dass in einem radiologischen Befund  
des Handgelenks rechts in zwei Ebenen vom 15. Februar 2005 der Verdacht auf eine  
Absprengung eines dorsalen Fragments am Skaphoid bei erhaltenem Aligement der  
Karpalia und Ulna-Plus-Variante von ca 1 mm geäußert worden sei. Ein CT vom  
16. Februar 2005 habe einen dorsalen Abriss am Os triquetrum gezeigt und eine Fraktur am  
Radius bei sonst regelrechtem knöchernem Befund (A.S. 189 f.). In einer  
Ganzkörper-Skelettszintigraphie vom 13. Januar 2017 sei dann durch den durchführenden  
Dr. med. R. \_\_\_ in allen Phasen kein pathologischer Befund im Bereich vom rechten  
Handgelenk erhoben worden, insbesondere keine Mehranreicherung im Bereich des  
Ulnakopfes oder des Os lunatum als Hinweis auf eine ulnare  
Impaktationssymptomatik. Am 27. Juni 2017 habe der Beschwerdeführer einen Stolpersturz  
erlitten und sich mit der rechten Faust auf dem Boden abgefangen (A.S. 190). Es werden  
folgende Befunde erhoben: Auf der rechten Seite bestünden keine Schmerzen über dem  
Handgelenk / Handrücken oder der Palma Manus bei sanfter Berührung, aber eine  
Druckdolenz palmar über dem distalen Skaphoidpol. Keine Druckdolenz zeige sich in der  
Tabatiere, eine leichte hingegen dorsal über dem SL-Intervall mit diskreter  
Schmerzprovokation bei resistierter Handgelenksexension. Ebenso bestünden Schmerzen  
im Handgelenk palmar bei resistierter Handgelenkflexion. Weiter zeige sich eine diskrete  
Druckdolenz im Bereich der ulnaren Snuffbox (A.S. 197). Die Sensibilität zeige eine  
statische 2PD von 6 mm radial und ulnar an allen Fingerkuppen links. Das kombinierte  
Phalen / Durkan Zeichen sei rechts positiv, wobei auch Kribbelparästhesien in den ulnaren  
Fingern aufträten. Das Tinnelzeichen über dem Sulcus ulnaris sei rechts positiv bei ebenso  
positivem Ellenbogenflexionstest (A.S. 198). Ein Röntgen Handgelenke beidseits vom 3.  
März 2020 zeige im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 31. Juli 2017 (rechtes  
Handgelenk) und vom 15. Februar 2005 eine leichte Zunahme des Ulnavorschubes von

2005 zu 2017, jedoch sei die Beurteilung nicht genau, da die anterior-posterioren Aufnahmen des Handgelenks nicht gleich projiziert seien. Im Vergleich zur Röntgenaufnahme des Handgelenks rechts von 2017 zu 2020 sei die relative Ulnalänge unverändert. Am Handgelenk rechts zeige sich ein regelrechter Befund mit normalen radialen Anstellwinkeln und unauffälligem karpalen Gefüge. Es bestehe ein kleiner dorsaler Defekt im Os Triquetrum. Insgesamt seien keine wesentlichen degenerativen Veränderungen abgrenzbar. Das Handgelenk links präsentiere sich mit regelrechtem Befund mit normalen radialen Anstellwinkeln und unauffälligem karpalen Gefüge. Insgesamt seien keine wesentlichen degenerativen Veränderungen abgrenzbar (A.S. 199). Ein Ultraschall der Handgelenke und Hand beidseits vom 6. November 2020 zeige, dass rechts der Nervus medianus im Karpalkanal erweitert sei, mit einem stark verdickten Epineurium. Im Längsschnitt zeige sich eine diskrete sanduhrförmige Einschnürung (A.S. 199). Es finde sich ein kleines A1 Ringbandganglion über Strahl IV ohne Hinweis auf ein entzündliches Geschehen. Dorsal über dem Handgelenk zeige sich ein unauffälliges SL Intervall mit jedoch verdickter Kapsel mit einem kleinen intrakapsulärem Ganglion. Ansonsten gebe es keine weiteren pathologischen Befunde, auch nicht links (A.S. 200). Es werden folgende Diagnosen erhoben (A.S. 200 f.): mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Karpaltunnelsyndrom rechts mit Begleitsynovitis der Beugesehnen im Karpalkanal rechts und kleinem A1 Ringbandganglion über Strahl IV rechts - Verdacht auf Reizung N. ulnaris im Sulcus rechts - Okkultes intrakapsuläres dorsales Handgelenksganglion rechts Diese Diagnosen seien nicht unfallkausal ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Konsolidierte Avulsionsfraktur ulnare Kante Os triquetrum bei: Status nach Handgelenksdistorsion nach Stolpersturz am 27. Juni 2017 Status nach Abrissfraktur Os triquetrum mit freiem Knochenfragment ulnar distal vom 15. Februar 2005 - Konsolidierte distale Radiusfraktur vom 15. Februar 2005 - Ulnocarpale Impaktation mit Läsion des TFCC Handgelenk rechts bei Ulna-Plus Variante von 2 mm - Dorsales gekammertes Handgelenksganglion links

6. Das vom Versicherungsgericht eingeholte Gutachten soll Grundlage für sämtliche hier zu beurteilenden Fragen bilden. Dementsprechend hatten die Gutachter zu beantworten, ob die angegebenen Beschwerden unfallkausal sind, ob und per wann medizinisch gesehen ein Endzustand aus gesundheitlicher Sicht erreicht worden ist, und ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer auf Grund der unfallkausalen Beschwerden in seiner angestammten oder einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Die für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzt natürliche und adäquate Kausalität ist nicht bestritten, weshalb nicht weiter darauf einzugehen ist. Umstritten sind insbesondere die Fragen, ob ein Endzustand erreicht ist und inwiefern der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. In dieser Hinsicht ist die Beweiskraft des eingeholten Gerichtsgutachtens zu prüfen. Dabei darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

6.1 Einleitend kann zum Gerichtsgutachten festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis

der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers (inkl. Bildgebung) unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten / Fachärztinnen erstellt wurde. In dieser Hinsicht erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise zu Händen des Gerichts.

6.2 Inhaltlich wird in orthopädischer Hinsicht mit Blick auf die erhobenen Befunde und die bestehenden Bildgebungen nachvollziehbar dargelegt, dass anamnestisch und untersuchungstechnisch Schmerzen im Vorfuss dorsalseitig Dig II Fuss links festzustellen seien, welche auf Druck ausgelöst werden könnten. Der Bewegungsablauf für kurze Strecken sei unauffällig. Die Fusskonturen zeigten beidseitig bis auf leicht stärkere Spreizfusskomponente rechts gegenüber links keine Auffälligkeiten. Die Röntgenbilder vom 20. Februar 2020 zeigten eine verheilte Osteotomie bei liegender Schraube, eine regelrechte Stellung der MT-Köpfchen, MT-II gegenüber MT-I etwas angehoben, wohl auf Grund der modifizierten Weil-Osteotomie. MT-II sei auf Länge mit MT-I, was auf eine reduzierte Belastung des MT-II-Köpfchens schliessen lasse. Der bestehende Osteophyt dorsalseitig MT-II-Köpfchen wird als möglich Ursache für die angegebenen Schmerzen auf Druck und bei gewissen Abrollbelastungen gesehen. Zeichen für eine Arthrose im MT-Phalangeal-Gelenk II könnten ebenfalls festgestellt werden. Radiologisch sei der Gelenkspalt weit und das MT-II-Köpfchen sei durch die Cranialisierung nicht in Boden-Kontakt. Das Grundgelenk der Grosszehe links zeige klinisch keine Auffälligkeit. Radiologisch zeige sich hier eine diskrete subchondrale Sklerosierung, was auf eine beginnende Grundgelenks-Arthrose hindeute. Gestützt auf diese Befunde leitet der Gutachter die in den Akten erwähnten Diagnosen einer MTP-II-Gelenksarthrose und einer beginnenden Arthrose im Grosszehengrundgelenk ebenfalls her bzw. bestätigt er diese. Weiter hält er fest, die Veränderungen im MTP-II-Köpfchen seien unfallkausal, die Veränderungen im Grosszehengrundgelenk nicht. Der Beschwerdeführer habe vor der Operation während sechs Monaten in der Institution P. \_\_\_ zur Abklärung gearbeitet, die Einstufung sei zu 50 % Arbeitsfähigkeit festgelegt worden zu einer Zeit, als die Schmerzen gemäss Angaben des Beschwerdeführers noch deutlich stärker gewesen seien. Zum Untersuchungszeitpunkt würden die Beschwerden als deutlich vermindert, aber immer noch einschränkend beschrieben. Der Gutachter legt weiter dar, nach Angaben des Beschwerdeführers hätten sich die Beschwerden seit ca. sechs Monaten nach der Operation nicht verändert. Er weist darauf hin, dass befundmässig die am Untersuchungstag erhobenen Befunde mit den postoperativ erhobenen Befunden übereinstimmen (reizlose Narbe, unauffällige Weichteile, Druckschmerz dorsalseitig auf MTP-II-Gelenk, leichte Verkürzung von Dig II). Radiologisch kann er Veränderungen an der zweiten Zehe feststellen, woraus er einleuchtend auf einen verminderten Druck beim Gehen und Stehen schliesst. Die radiologischen Befunde korrelieren dementsprechend nicht mit den erhobenen klinischen Befunden. Anamnestisch gebe der Beschwerdeführer dauerhaft Schmerzen unterschiedlicher Stärke an. Die Massnahmen, die er dagegen ergreife (Schmerzmitteleinnahme in niedriger Dosierung), seien indessen aus orthopädischer Sicht gering. Schliesslich weist der Gutachter auch auf die festgestellte, seitengleich kräftige Unterschenkel- und Oberschenkel-Muskulatur hin. Plausibel wird dargelegt, dass diese gegen eine verminderte Aktivität und Belastung des linken Fusses spricht. Zum Schweregrad der Störungen hält er fest, dass die zweite Zehe leicht nach lateral versetzt stehe, aber keinerlei Schwellung, Rötung oder Überwärmung zeige. Ein Druckpunkt über dem MTP-II-Gelenk könne festgestellt werden, ansonsten sei die zweite Zehe schmerzfrei.

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Befunde nach eineinhalbstündiger Autofahrt des Beschwerdeführers zur Begutachtung und längerem (ca. 1,5 Stunden) unauffälligem Sitzen erhoben worden seien. Auch sei das Gangbild in orthopädischen Schuhen flüssig und barfuss seien wenige Schritte hinkfrei möglich. Radiologisch könne festgestellt werden, dass eine Arthrose vorliege, das MT-II-Köpfchen cranialisiert liege und einen direkten Bodenkontakt aufweise, und dass die Osteotomie regelrecht verheilt sei. Aus fussorthopädischer Sicht seien die subjektiv angegebenen Beschwerden nur geringgradig mit der gut und korrekt verheilten Osteotomie sowie der Stellung des MT-II-Köpfchens vereinbar. Auch die reizlose Überschneidung von Phalanx II um eine halbe Schaftbreite über Phalanx III ohne Rötung oder Schwielenbildung weder im Bereich zweite oder dritte Zehe erklärten die angegebenen Beschwerden nicht. Insgesamt könne anhand der Klinik und der Befunde (fehlende Schwellung, Rötung, Überwärmung, ausgesprochen kräftige Muskulatur) eine massive Schmerzhaftigkeit und Belastungseinschränkung ausgeschlossen werden. Diese Einschätzung erweist sich als stimmig. Weiter hält der orthopädische Gutachter fest, dass die Behandlung in fussorthopädischer Hinsicht abgeschlossen sei und ausser der Verschreibung von orthopädischen Schuhen keine weiteren Massnahmen mehr erforderlich seien. Auch diese Beurteilung ist plausibel begründet: Der Beschwerdeführer gebe an, dass sich die Beschwerden ab Mitte April 2019 nicht verändert hätten. Seit dieser Zeit sei die Schmerzmittel-Einnahme von ihm auf eine bedarfsabhängige Dosierung gesunken. Die Befunde, die zum heutigen Zeitpunkt erhoben werden könnten, seien unauffällig, bis auf einen Druckschmerz über dem MTP-II-Gelenk und einem Schmerz bei Dorsalextension der zweiten Zehe. Der linke Fuss sei insgesamt schlank und zeige keine Anhaltspunkte für Überlastung. Die Osteotomie sei verheilt. Somit stehe einer Eingliederung zurück ins Erwerbsleben aus orthopädischer Sicht seit dem 24. April 2019 (Beurteilung durch Dr. med. E. \_\_\_ am 22. März 2019) nichts im Weg. Seit diesem Zeitpunkt – sechs Monate nach der Operation vom 24. Oktober 2018 – hat der Beschwerdeführer keine Veränderung der Beschwerden mehr feststellen können. Der Operateur Dr. med. F. \_\_\_ habe am 27. Juni 2019 festgehalten, bei unauffälligen Befunden, aber Schmerzangaben des Beschwerdeführers sehe er keine weiteren Therapiemöglichkeiten mehr. Aus dem Gesagten schliesst der Gutachter auf folgendes Arbeitsfähigkeitsprofil: Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beträgt in fussorthopädischer Hinsicht 100 %. Rein stehende und gehende Arbeiten sind dabei zu vermeiden, eine Wechselbelastung mit sitzenden Tätigkeiten, wie diese bei einem Staplerfahrer verlangt werden, ist einzuhalten. Diese Einschätzung gilt gutachterlich gesehen seit dem medizinischen Endzustand, sechs Monate postoperativ, 24. April 2019. Eine Verweistätigkeit besteht demnach in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit Sitzen und Stehen / Gehen, sicher sollten Möglichkeiten für Pausen oder Tätigkeiten im Sitzen gegeben sein. Eine rein stehende Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer grundsätzlich aus rein orthopädischer Sicht auch zugemutet werden (A.S. 180 f.). Als rein theoretisch einschränkend wirke, dass er orthopädisches Schuhwerk tragen müsse und eine ausschliesslich den Fuss belastende Arbeit ihn ermüde und dies deshalb zu vermeiden sei (A.S. 183). Ideal wäre eine einfache wechselbelastende Tätigkeit (Sitzen, Stehen, Gehen). Dafür sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben und auch zumutbar (A.S. 184).

6.3 In Bezug auf die rechte Hand wird in diagnostischer Hinsicht einleuchtend dargelegt, dass sich die Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndroms mit Synovitis der Beugesehnen im Karpalkanal aus dem klinischen Befund und der Ultraschall-untersuchung ergebe. Die reduzierte Sensibilität sei hierbei als klinisches Zeichen zu sehen. Die Diagnose eines

dorsalen Handgelenksganglions ergebe sich ebenfalls aus dem klinischen Befund, zudem sei das Ganglion bildgebend in der Ultraschalluntersuchung darstellbar. Das MRI des Handgelenkes vom 17. August 2017 zeige die Ulnarplusvariante mit kleinen Lysezeichen im proximalen ulnaren Lunatumpol und die zentrale Läsion des TFCC als Ausdruck der ulnokarpalen Impaktation entsprechend einem Stadium IIC nach Palmer (Palmer 1989). Die ebenfalls im MRI beschriebene Läsion der proximalen ulnaren Aufhängung des TFCC, Stadium IB nach Palmer, wird als klinisch nicht relevant erachtet. Die frische (27. Juni 2017) und alte (15. Februar 2005) Avulsionsfraktur des dorsalen Os triquetrum seien klinisch konsolidiert mit radiologisch noch sichtbarer kleiner ossärer Schuppe und ohne verbleibende Beeinträchtigung (A.S. 201 f.). Der Beschwerdeführer leide unter einer Kompressionsneuropathie des N. medianus im Karpalkanal. Auffällig sei, dass auch eine reduzierte Sensibilität (2PD) am Kleinfinger und ulnar am Ringfinger bestehe. Da sowohl der Ellenbogenflexionstest als Hinweis auf eine Kompressionsneuropathie des N. ulnaris im Sulkus positiv sei, als auch ein positives Tinnelzeichen über dem Sulkus bestehe, werde zusätzlich eine Reizung des N. ulnaris bzw. eine Kompressionsneuropathie des N. ulnaris im Sulkus postuliert. Aktuell habe der Beschwerdeführer klinisch keine Beschwerden hinsichtlich der im MRI diagnostizierten ulnokarpalen Impaktationssymptomatik. Bildgebend bestehe eine zentrale Läsion der TFCC, welche Dr. med. M. \_\_\_ als degenerativ und im Rahmen der ulnokarpalen Impaktationssymptomatik gewertet habe. Dem stimmt die Gutachterin zu. Ausser in der Kontrolluntersuchung vom 1. September 2017 (nach Befundung des Arthro-MRI) werde in allen weiteren Kontrollen das DRUG als stabil dokumentiert mit negativem Fovea-Zeichen. Die im MRI beschriebene ulnar-proximale Läsion des TFCC entspreche einer traumatischen Genese (S. 202). Der Beschwerdeführer habe insbesondere in der Echtzeitdokumentation am Unfalltag vom 27. Juni 2017 ein stabiles DRUG gehabt. Die beschriebene Läsion sei klinisch nicht relevant, das DRUG könne durch noch intakte Anteile des TFCC und sekundäre statische und dynamische Stabilisatoren geführt und gefestigt werden. Zudem hätten die randständigen ulnaren Abrisse des TFCC von der Ulna (proximal) oder der Kapsel (distal) gute Heilungschancen, da das Gewebe dort eine gewisse Vaskularität aufweise. Ab wann die aktuell führende Symptomatik des Karpaltunnelsyndroms mit Begleitsynovitis und der Reizung des N. ulnaris bestehe, lasse sich aus der Aktenlage nicht nachvollziehen. Das kleine okkulte dorsale Handgelenksganglion sei eine mukoiden Degeneration loco classico intrakapsulär über dem SL Band lokalisiert und ebenfalls in keinen Voruntersuchungen dokumentiert. Zum Schweregrad der Störungen wird angegeben, beim Beschwerdeführer bestehe ein degenerativer Schaden des TFCC mit zentraler Läsion des TFCC und Chondropathie des Os Lunatum. Klinisch ergäben sich zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids am 13. September 2020 und zum aktuellen Zeitpunkt für den Beschwerdeführer keine Einschränkungen. In den Untersuchungen durch Dr. med. M. \_\_\_ seien keine Einschränkungen in der Drehbewegung dokumentiert. Auch aktuell sei die Einschränkung geringfügig und der Beschwerdeführer diesbezüglich beschwerdefrei. Das dorsale Handgelenksganglion sei wahrscheinlich für die leicht eingeschränkte Beweglichkeit des Handgelenkes in Flexion-Extension und die diskreten Handgelenksschmerzen dorsal verantwortlich. Die Beweglichkeit des Handgelenkes rechts liege aber in beiden Bewegungsausmassen über dem Durchschnitt der weissen arbeitenden männlichen Bevölkerung zwischen 50 und 65 Jahren. Bezüglich der Bewegungseinschränkung sei die Störung nicht funktionseinschränkend und als minim einzustufen. Die Grobkraft sei reduziert im Vergleich zu den normativen Vergleichswerten, ebenso die laterale Pinchkraft

mit 4 kg (A.S. 203). Bezüglich des Kraftverlustes liege eine mittelschwere Störung vor. Das CTS sei klinisch als mittelschwer einzuordnen – es komme zu typischem Einschlafphänomen und Schmerzen sowie Krämpfen in der Hohlhand. Permanentes Taubheitsgefühl sei noch nicht vorhanden. Die Begleitsynovitis könne die Schmerzen bei Belastung im Handgelenk palmar erklären (A.S. 204). Die Handchirurgin kommt gestützt auf diese Diagnostik zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer am 27. Juni 2017 eine frische Avulsionsfraktur an der ulnaren Kante des Os Triquetrum erlitten habe, dies bei vorbestehender Ulnaplustvariante nach undislozierter distaler Radiusfraktur und Avulsionsverletzung des Os triquetrum vom Februar 2005. Relevant sei die Tatsache, dass ein zum 27. Juni 2017 unfallfremder Vorzustand mit im MRI vom 17. August 2017 dargestellter ulnokarpaler Impaktationssymptomatik bestehe. Zusätzlich werde im MRI eine proximal, ulnarseitige Läsion des TFCC beschrieben welche überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 27. Juni 2017 herrühre, die beschriebene zentrale und degenerative Läsion des TFCC jedoch überwiegend wahrscheinlich nicht. Die dem Beschwerdeführer am 1. September 2017 vorgeschlagene operative Versorgung sei nicht sinnvoll, da das DRUG am Unfalltag klar als stabil dokumentiert worden sei, keine Instabilität bestanden habe und auch an allen weiteren Konsultationsterminen keine Hinweise für ein instabiles DRUG vorgelegen hätten (A.S. 204 f.). Die einmalige Kortisoninfiltration als diagnostische / therapeutische Massnahme am 9. Oktober 2017 sei sinnvoll gewesen, habe aber keine Verbesserung gebracht, was ebenfalls wegweisend sei, da ulnokarpal keine Schmerzen hinsichtlich der TFCC-Läsion oder der Ulnaüberlänge bestünden. Die Behandlung habe am 22. Januar 2018 beendet werden können. Bei dieser Abschlusskonsultation und während der gutachterlichen Exploration seien die Einschränkungen in den Freiheitsgraden im Seitenvergleich gering. Die vorbestehende zentrale Läsion des TFCC habe keine Heilungschancen, aktuell aber auch keine klinische Einschränkung zur Folge, genauso wenig wie die vorbestehende Ulnaplust-Variante mit der nachgewiesenen strukturellen Läsion im Bereich des Os lunatum und Os triquetrum. Die auf das Unfallereignis zurückzuführende proximale Läsion des TFCC an der Ulna bedürfe ebenfalls keiner Intervention bei fehlender klinischer Beeinträchtigung. Die Karpaltunnelsyndrom-Symptomatik und die fragliche zusätzliche Kompressionsneuropathie des N. ulnaris im Sulkus sowie das okkulte dorsale Handgelenksganglion über dem SL-Band seien in den Akten nicht dokumentiert, stellten aus Sicht der Gutachterin aber die Ursachen der aktuellen Beschwerdesymptomatik dar (A.S. 205). Diese Einschätzung erscheint plausibel, führt die Gutachterin doch dazu aus, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden konsistent mit dem klinischen Bild eines Karpaltunnelsyndroms und des Vorliegens eines okkulten dorsalen Handgelenksganglions sei. Es wird schliesslich gefolgert, dass spätestens seit der kreisärztlichen Beurteilung vom 22. März 2019 und somit auch zum Zeitpunkt des nachfolgenden Einspracheentscheides keine unfallkausalen funktionellen Einschränkungen bestehen. Die Karpaltunnelsyndrom-Symptomatik und die fragliche zusätzliche Kompressionsneuropathie des N. ulnaris im Sulkus sowie das okkulte dorsale Handgelenksganglion über dem SL Band beeinträchtigten zwar die Arbeitsfähigkeit, seien aber überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal und auch nicht durch das Unfallereignis permanent oder vorübergehend aktiviert worden. Der Status quo sine sei ebenfalls spätestens zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. März 2019 erreicht (A.S. 206). Somit wird die aktuelle Arbeitsfähigkeit als Krankheit beurteilt und nicht hinsichtlich der Unfallkausalität beurteilt. Diesbezüglich geht die Gutachterin davon aus, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist aus handchirurgischer Sicht

keine Einschränkung der zeitlichen Anwesenheit bestehe. Wo der Beschwerdeführer auf den Gebrauch seiner Hand mit guter Kraft in der Grob- und Feinkraft angewiesen sei, bestehe eine Leistungseinbusse von 40 % (A.S. 207). Bezüglich der ulnokarpalen Impaktationssymptomatik sei der Beschwerdeführer aktuell asymptomatisch. Es bestehe aber ein nachgewiesener Schaden am Os lunatum und Os triquetrum mit zentraler Läsion des TFCC bei Ulnarplus-Variante, sodass mit der rechten Hand forcierte, abrupte oder repetitive Drehbewegungen vor allem in Positionen mit extendiertem Handgelenk sowie Belastungen in dieser Position gemieden werden sollten. Beidhändig könnten Gewichte bis 15 kg gehoben werden. Überkopffragen von Gewichten sei auf Grund der Position mit extendiertem Handgelenk für die rechte Hand nicht zumutbar. Generell sei eine leichte körperliche Tätigkeit ohne feinmotorische Fähigkeiten im Anforderungsprofil ganztägig zumutbar mit leichten Einschränkungen der Leistung (A.S. 208). Es bestehe auf Grund der aktuell vorliegenden Schmerzsymptomatik und der Kräfteinbusse eine Einschränkung der Leistung von 20 % in einer Verweistätigkeit (A.S. 209). Jedoch klagte der Beschwerdeführer über keine dem Unfall vom 27. Juni 2017 zuzuschreibenden Beschwerden (A.S. 210). Die unfallkausale Arbeitsunfähigkeit entspreche den von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten, d.h. 100 % vom 27. Juni 2017 bis 23. Juli 2017, 50 % vom 24. Juli 2017 bis 30. Juli 2017, 100 % vom 31. Juli 2017 bis 17. August 2017 sowie vom 18. August 2017 bis 20. August 2017, 50 % vom 21. August 2017 bis 10. September 2017, 20 % vom 11. September 2017 bis 22. Januar 2018, 0 % ab 23. Januar 2018. Nach dem 22. März 2019 habe der Gesundheitszustand keinen wechselnden Verlauf gehabt. Hinsichtlich der rechten Hand sei der Status quo ante bzw. Status quo sine per 22. März 2019 erreicht (A.S. 213 f.).

6.4 Der Beschwerdeführer lässt verschiedene Einwendungen gegen das Gerichtsgutachten vorbringen, auf die nachstehend einzugehen ist:

6.4.1 Zunächst wird vorgebracht, der orthopädische Gutachter sei gegenüber dem Beschwerdeführer mit Vorurteilen behaftet. Er spreche ihm die Motivation für eine Rückkehr ins Erwerbsleben ab, obwohl sich aus den Akten etwas anderes ergebe. Alleine aus dem Umstand, dass der Gutachter eine fehlende Motivation zur Arbeitssuche konstatiert, kann indessen nicht auf Befangenheit geschlossen werden. Zur Einschätzung der Institution P. \_\_\_ nach dem Belastbarkeitstraining, wonach der Beschwerdeführer nicht mehr als 45 % Leistung habe erbringen können, hält der Gutachter Dr. med. C. \_\_\_ fest, dass diese zu einem Zeitpunkt vorgenommen worden sei, als der Beschwerdeführer selber noch über weitergehende Schmerzen geklagt habe als dies zum Zeitpunkt der Begutachtung der Fall gewesen sei. Er hat darüber hinaus nachvollziehbar dargelegt, dass die klinischen Befunde und die vom Beschwerdeführer geäußerten Einschränkungen diskrepant sind. Er weist darauf hin, dass es auch im Behandlungsverlauf zu solchen Diskrepanzen zwischen dem Beschwerdeführer und behandelnden Ärzten gekommen sei (Dr. med. I. \_\_\_, vgl. E. II. 5.2 hiervor). Zudem habe der Beschwerdeführer die gutachterlichen Fragen nach dem beruflichen Wiedereinstieg nur unklar beantwortet (vgl. Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_ vom 10. Juni 2021, A.S. 300). Wenn er vor diesem Hintergrund die Ressourcenlage des Beschwerdeführers als eingeschränkt ansieht und den Eindruck äussert, dass dieser ein eigenes Krankheitskonzept besitzt, ist nicht von willkürlichen Schlussfolgerungen zu sprechen. Zwar hat die handchirurgische Expertin Dr. med. D. \_\_\_ festgehalten, dass der Beschwerdeführer auf Arbeitssuche sei (A.S. 189) und auch dem Bericht der Institution P. \_\_\_ lässt sich nicht entnehmen, dass sich dieser nicht auf die Integrationsmassnahme eingelassen habe. Wie bereits erwähnt, hat er selber im Rahmen der Begutachtung aber auch angegeben, dass er zum damaligen Zeitpunkt schmerzgeplagter gewesen sei. Im

Übrigen steht die Motivation des Beschwerdeführers bei der Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht im Vordergrund. Vielmehr stützt er seine Beurteilung auf den klinischen Befund und die vorhandenen bildgebenden Untersuchungen. Der Beschwerdeführer lässt zu diesem Einwand auch vorbringen, Dr. med. C.\_\_\_\_ stützte sich vorrangig auf Dr. med. I.\_\_\_\_, während er die Berichte des H.\_\_\_\_ ignoriere. Dem kann ebenfalls nicht gefolgt werden: Die Berichte des H.\_\_\_\_ sind im Aktenauszug enthalten und es wird in der Beurteilung darauf Bezug genommen (A.S. 175). Demgegenüber wird Dr. med. I.\_\_\_\_ im Gutachten nur einmal erwähnt, im gleichen Atemzug wie Dr. med. F.\_\_\_\_ (A.S. 179). Die Behauptung schliesslich, dass es sich bei Dr. med. I.\_\_\_\_ um einen bekannten Hardliner handle, bleibt unbegründet und wird durch nichts untermauert. Dem Gericht, das regelmässig mit Berichten dieses Arztes befasst ist, ist eine solche Haltung nicht aufgefallen. Auch ist der Einwand, dass die handchirurgische Gutachterin die Beschwerden des Beschwerdeführers im Gegensatz zu Dr. med. C.\_\_\_\_ als nachvollziehbar angesehen habe, unbehelflich, zumal diese einen anderen Körperteil zu beurteilen hatte und sich bei ihrer Äusserung dementsprechend auf die Hand bezog. Die Angabe über einen nachvollziehbaren Schmerz an einer bestimmten Stelle bedeutet nicht, dass auch Schmerzangaben an allen anderen Körperstellen plausibel sein müssen.

6.4.2 Der Beschwerdeführer lässt in Bezug auf das orthopädische Gutachten weiter vorbringen, Dr. med. C.\_\_\_\_ erhebe schmerzhafte Befunde (linkes MT-II-Köpfchen ohne vollen Bodenkontakt, Beschwiellung links weniger ausgeprägt), die er dann bei der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtige, und er unterschätze die Schmerzintensität. Der Gutachter hat aber auch festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung hinkfrei ging, nach eigenen Aussagen Strecken zu Fuss zurücklegt (Angabe von Spazieren als Hobby, A.S. 171) und eine beidseits gleich ausgebildete Muskulatur aufweist. Weiter ist die Osteotomie laut dem Experten gut verheilt und die radiologischen Befunde können die Schmerzen nicht erklären (A.S. 174 ff. / 177 ff.). Der Beschwerdeführer lässt auch in Abrede stellen, dass er nur wenig Schmerzmittel einnimmt. Dazu wird im Gutachten festgehalten, dass die Maximaldosierung nicht erreicht wird (A.S. 175). Insofern erscheint die Aussage des Gutachters, dass der Schmerzmitteleinsatz nicht mit dem geklagten Schmerzniveau korrespondiere, durchaus schlüssig. Im Übrigen sagt der Umstand, dass ein bestimmtes (starkes) Schmerzmittel verschrieben wird, nichts über die invalidisierende Wirkung des Schmerzes aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_286/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2). Sodann spreche der Orthopäde Dr. med. C.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer von einer psychischen Überlagerung, was ihm nicht zustehe, weil dies von einem Psychiater zu beurteilen sei. Er lässt dies bestreiten und weist darauf hin, es bedürfe einer psychiatrischen Begutachtung, sollte man davon ausgehen wollen. Der orthopädische Gutachter hat nach seiner Feststellung ausgeführt, er könne orthopädisch keine Aussage zu psychiatrischen Diagnosen machen. Lügen keine psychiatrischen Diagnosen vor, seien andere Gründe dafür verantwortlich. Insofern hat er nicht mehr als einen Verdacht geäussert. Er sah sich indessen nicht veranlasst, einen Psychiater beizuziehen. So gebietet das Fehlen objektiver somatischer Befunde, welche die Beschwerden erklären könnten, auch nicht zwingend eine psychiatrische Abklärung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_398/2020 vom 24. September 2020 E. 2.3). Der Beschwerdeführer bestreitet denn auch das Vorliegen von psychischen Beschwerden und hat sich nie in einer entsprechenden Behandlung befunden. Weitergehende Abklärungen sind vor diesem Hintergrund nicht angezeigt. Dr. med. C.\_\_\_\_ widerspreche sich, indem er einerseits Pausen während der Arbeit befürworte, dann aber eine Einschränkung bei einer ganztägigen Arbeit verneine, lässt der Beschwerdeführer weiter rügen. Der Gutachter hat im Rahmen der

Beantwortung der entsprechenden Fragen (A.S. 180) festgehalten, dass im Rahmen einer wechselbelastenden Arbeit die Möglichkeit von Pausen oder sitzenden Tätigkeiten gegeben sein sollte. Das bedeutet, dass entweder Pausen gemacht werden sollten, oder dass die Tätigkeit sitzend sein sollte. Wenn der Beschwerdeführer also zwischen Sitzen sowie Stehen / Gehen abwechseln kann, braucht es keine zusätzlichen Pausen. Insofern ist kein Widerspruch ersichtlich. 6.4.3 Auch das handchirurgische Gutachten lässt der Beschwerdeführer als nicht beweiswertig rügen. Dr. med. D.\_\_\_\_ bestreite zwar nicht die Beschwerden, wohl aber deren Unfallkausalität. Als Ursache postuliere sie ein Karpaltunnelsyndrom, das sich nach ihrer Auffassung erst geraume Zeit nach dem Unfall manifestiert habe. Dieser Feststellung fehle die Grundlage, denn wegen der schlechten Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers sei das Beschwerdebild früher nicht adäquat erhoben worden. Nur in diesem Zusammenhang wird (erstmalig) angegeben, der Beschwerdeführer sei im Rahmen der Behandlungen auf Grund seiner mangelnden Deutschkenntnisse offensichtlich nicht in der Lage gewesen, seine Beschwerden adäquat auszudrücken. Hinsichtlich der umfangreicheren Behandlungsmassnahmen wegen des Fusses wird hingegen nichts dergleichen geltend gemacht. In keinem der zahlreichen Berichte und Aktenstücke lassen sich Anhaltspunkte dafür erkennen, dass eine genügende Verständigung mit dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen wäre. Nach dem Unfall vom 27. Juni 2017 wurden während längerer Zeit keine für ein Karpaltunnelsyndrom typischen Symptome in Form von Gefühlsstörungen wie Kribbeln dokumentiert (siehe etwa den Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2018, Suva-Nr. I-87). Insofern erweist sich diese Rüge als unbegründet. Das Gleiche gilt für den Einwand, das Karpaltunnelsyndrom müsse von einer neurologischen Fachperson beurteilt werden. Eine Handchirurgin erscheint vor dem vorliegenden Hintergrund durchaus kompetent, ein Karpaltunnelsyndrom zu beurteilen. Die handchirurgische Gutachterin hat nachvollziehbar dargelegt, weshalb sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgeht, dass die Beschwerden an der Hand nicht unfallkausal sind. Es ist nicht gefordert, dass mit 100%iger Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass diese unfallkausal sein könnten. So ist auch der Einwand, die Gutachterin beurteile die Arbeitsunfähigkeit nur nach den unfallfremden Diagnosen, während die traumatischen Läsionen in den Hintergrund gerieten und die Schwächung des Handgelenks nicht berücksichtigt werde, nicht zu hören. Die Expertin hat festgehalten, dass die traumatischen Läsionen klinisch nicht (mehr) relevant seien (A.S. 202 ff.). Der Einfluss des Unfalls auf die Beschwerden an der Hand war dementsprechend von vorübergehender Natur. Davon ging auch der behandelnde Arzt, Dr. med. M.\_\_\_\_, aus, der in seinem Bericht vom 26. Januar 2018 (Suva-Akten I 87) festhielt, es liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor und es sei keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich. 6.4.4 Schliesslich wird die im Gutachten getroffene Qualifikation der bisherigen Tätigkeit als Lagerist / Staplerfahrer (leicht bis mittelschwer und daher angepasst) als nicht zutreffend gerügt. Es müssten gemäss dem in den IV-Akten vorhandenen Arbeitgeberbericht manchmal über 10 kg und selten sogar über 25 kg gehoben und getragen werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Gerichtsgutachten rein auf die Unfallfolgen bezogen keine solchen Limiten postuliert, sondern eine angepasste Arbeit als ohne Einschränkungen möglich erachtet (vgl. A.S. 180 f. und 207 ff.). Die Beschwerdegegnerin ging im Übrigen für die Bemessung des Invalideneinkommens nicht von einer Arbeit als Lagerist / Staplerfahrer aus, sondern stellte auf die LSE / ganzer privater Sektor ab (vgl. A.S. 11). 6.4.5 In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit wird vorgebracht, die behandelnden Ärzte gingen für adaptierte Tätigkeiten von einer Arbeitsfähigkeit von bloss 50 % aus. Der blosser Hinweis auf

abweichende Berichte behandelnder Ärzte reicht praxisgemäss nicht aus, um ein Gutachten in Zweifel zu ziehen. Wenn die Experten im Gutachten eine wechselbelastende Tätigkeit als ideal ansehen und dafür eine volle Arbeitsfähigkeit attestieren, so trägt dies den hier erhobenen Befunden angemessenen Rechnung. Schliesslich wird noch einmal darauf hingewiesen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit dem von der IV veranlassten Belastbarkeitstraining widerspreche, wo lediglich ein Pensum von 45 % erreicht worden sei. Es geht aus dem Bericht der Institution P.\_\_\_\_ (Suva-Nr. II 118) hervor, dass ein Pensum von mehr als 50 % nicht erreicht worden sei. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass dieses Training vor dem operativen Eingriff am Fuss vom 24. Oktober 2018 erfolgte und der Beschwerdeführer wie bereits mehrfach erwähnt zuvor selber stärkere Beschwerden schilderte. 6.4.6 Zum Erreichen des Endzustandes, der im Gutachten postuliert wird, wird vorgebracht, das Gutachten setze diesen auf den gleichen Zeitpunkt wie die Beschwerdegegnerin fest, wobei diese Beurteilung einfach übernommen worden sei. Tatsächlich hat Dr. med. C.\_\_\_\_ dargelegt, warum er den Endzustand auf den 24. April 2019 festlegt (die Schmerzen seien laut dem Beschwerdeführer seit sechs Monaten postoperativ unverändert und er nehme nur noch bei Bedarf Schmerzmittel, A.S. 177). Dies steht auch in Einklang mit der Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. F.\_\_\_\_, der wenige Zeit später, am 19. Juli 2019 ebenfalls festhielt, dass der Endzustand erreicht sei (Suva-Nr. III-270). Daher kann nicht gesagt werden, dass der Gutachter unbenommen die Behauptung der Beschwerdegegnerin übernommen habe. 6.4.7 Schliesslich ändern auch die im Nachgang zur Begutachtung eingereichten Berichten, die den Experten ebenfalls vorgelegt wurden, nichts an der Beweiskraft der Expertise. Der Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2021 (Urkunde 9 zur Beschwerde) enthält Folgendes: Persistierende Beschwerden, Floating Toe und Dig. superductus II über III, Operationsindikation. Der Dig. Superductus fand bereits in den medizinischen Unterlagen vor dem Einspracheentscheid Erwähnung und der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte ebenfalls eine solche Überschneidung fest. Dasselbe gilt für die Druckdolenz MTP-II. Neu ist der Floating Toe. Entscheidend ist indessen, dass der Gutachter keine Zeichen für eine Schonung des linken Fusses erkennen konnte – ein Umstand, auf welchen Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht eingeht. Das Arztzeugnis des Hausarztes med. pract. L.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2021 (Urkunde 10) wegen «Unfall» enthält keine aussagekräftigen Feststellungen und trägt damit nichts zum Erlangen von weiteren Erkenntnissen bei. 6.4.8 Zusammen mit seinen Einwänden zur ergänzenden Stellungnahme der Experten reicht der Beschwerdeführer zu guter Letzt weitere Unterlagen ein. Die Arztzeugnisse von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 10. Mai und

## **E. 18**

November 2021 sowie 20. Januar 2022 wegen «Unfalls» (Urkunden 11 / 20 / 23) enthalten keine aussagekräftigen Feststellungen. Das Gleiche gilt für die Arztzeugnisse von med. pract. L.\_\_\_\_ vom 15. Juni, 2. Juli, 17. November und 10. Dezember 2021 sowie 14. Januar 2022 (Urkunden 12 / 19 / 21 / 22), von Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 19. August 2021 (Urkunde 14) und von med. pract. T.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2021 (Urkunde 15), ebenso auch für die Verordnung von Physiotherapie durch Dr. med. S.\_\_\_\_ am 19. August 2021 (Urkunde 16) und die Rezepte von med. pract. T.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2021 (Urkunde 17, Schmerzmittel) resp. Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 18. November 2021 (Urkunde 18, Orthese). Richtig ist, dass am 18. August 2021 eine weitere Operation am linken Fuss erfolgte, worauf die Beschwerdegegnerin auf Grund einer Rückfallmeldung durch den Beschwerdeführer die Heilbehandlung übernahm und vom 18. August bis 19. Dezember 2021 Taggelder gewährte (Urkunde 24). Der Beschwerdeführer will daraus ableiten, die Beschwerdegegnerin sehe

das Gerichtsgutachten offenbar als beweisuntauglich an, wenn sie den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall am 10. Dezember 2016 und dem erneuten Eingriff bejahe. Dem ist einerseits zu entgegen, dass im vorliegenden Fall der Sachverhalt bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. September 2019 massgebend ist. Eine Behandlung, die geraume Zeit nach diesem Stichpunkt durchgeführt wird, erlaubt keine Rückschlüsse auf den damaligen Sachverhalt. Die Einholung von Arztberichten zur Operation vom 18. August 2021 erübrigt sich daher. Andererseits erfolgten die Leistungen in Zusammenhang mit dem erneuten Eingriff unter dem Titel eines Rückfalls, d.h. des Wiederaufflackerns einer vermeintlich geheilten Gesundheitsschädigung, so dass eine ärztliche Heilbehandlung notwendig wird und es möglicherweise zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt (Irene Hofer, in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 117). Einem solchen Rückfall muss indes begriffslogisch ein Fallabschluss vorausgehen, d.h. die Anerkennung eines Rückfalls durch die Beschwerdegegnerin bedeutet nicht, dass diese den Fallabschluss von 2019 nun rückblickend als falsch betrachtet. Ausserdem setzt ein Rückfall eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (Thomas Flückiger in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 22 N 44), weshalb es sich auch unter diesem Blickwinkel verbietet, von einem anerkannten Rückfall auf die Unrechtmässigkeit des früheren Fallabschlusses zu schliessen.

6.4.9 Nach dem Gesagten erweist sich das eingeholte Gerichtsgutachten als vollumfänglich beweiskräftig. Auf die darin getroffene Beurteilung kann abgestellt werden. Demgemäss wurde der medizinische Endzustand am 24. April 2019 erreicht und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Mai 2019 eingestellt hat. Aus unfallkausalen Sicht besteht sowohl in der angestammten Tätigkeit als Staplerfahrer / Lagerist, die als angepasst angesehen wird, als auch in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit wird als leicht bis mittelschwer angesehen. Als ideal betrachtet wird eine wechselbelastende Tätigkeit mit Sitzen und Stehen / Gehen.

7. Zu beurteilen ist schliesslich der Einkommensvergleich:

7.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 325 E. 4.1). Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der Unfälle arbeitslos, weshalb die Beschwerdegegnerin für die Bemessung des Valideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt hat. Basierend auf der LSE-Tabelle TA1 2016, Sektor 3 Dienstleistungen, Total Niveau 1 Männer, sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung und Aufrechnung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit errechnete die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von CHF 63'011.00. Der Beschwerdeführer lässt diesbezüglich beanstanden, dass mit dem Tabellenlohn des Dienstleistungssektors gerechnet wurde, obwohl es keine Anhaltspunkte dafür gebe, dass er im Dienstleistungssektor tätig wäre. Vielmehr sei auf den Zentralwert über den gesamten privaten Sektor abzustellen. Das Valideneinkommen betrage damit CHF 67'743.00. Dem Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (Suva-Nr. II-92) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2010 bis 2015 durchschnittlich kein Einkommen über CHF 60'000.00 erzielte (wobei er in all diesen Jahren teilweise Arbeitslosenentschädigung

bezogen hatte). Insofern lässt sich die Berechnungsgrundlage der Beschwerdegegnerin (über CHF 60'000.00) nicht beanstanden. Doch selbst wenn man zu Gunsten des Beschwerdeführers von einem höheren Valideneinkommen von CHF 67'743.00 ausgeht, resultiert kein Rentenanspruch, wie sich untenstehend zeigen wird.

7.2 Für die Bestimmung des (hypothetischen) Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin, da der Beschwerdeführer nach den Unfällen keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hatte, ebenfalls die LSE-Tabellenlöhne bei. Dabei stellte sie im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Tabelle 2016, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total ab, also diejenige Tabelle, die der Beschwerdeführer sowohl zur Ermittlung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens anzuwenden begehrt. Da er im Ergebnis zu 100 % arbeitsfähig ist, resultiert rechnerisch gesehen ein Invaliditätsgrad von 0 %, wenn man in beiden Fällen die gleiche Tabelle anwendet. Es stellt sich jedoch noch die Frage eines leidensbedingten Abzugs.

7.3 Praxisgemäss kann von dem anhand der LSE-Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht 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 (BGE 137 V 71 E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen einen leidensbedingten Abzug von 5 % vorgenommen, der Beschwerdeführer verlangt einen Maximalabzug von 25 %. Hierzu ist zunächst zu bemerken, dass abgesehen von unfallbedingten Einschränkungen kein weiteres abzugsrelevantes Kriterium erfüllt ist. Dem Beschwerdeführer ist ein Vollpensum zumutbar. Auch hinsichtlich allfälliger sprachlicher Schwierigkeiten ist kein Abzug vorzunehmen. Hilfsarbeitertätigkeiten, welche im Kompetenzniveau 1 enthalten sind, erfordern keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache (Urteil des Bundesgerichts 9C\_695/2018 vom 13. März 2019 E. 5.3). Auch das Alter des Beschwerdeführers fällt bei der Schätzung des leidensbedingten Abzugs ausser Betracht. Das Bundesgericht hat bisher offen gelassen, ob das Merkmal des fortgeschrittenen Alters in der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich überhaupt einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2021 vom 20. Mai 2021 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Die Frage kann auch im vorliegenden Fall offen bleiben, da die Voraussetzungen für einen altersbedingten Abzug vom Tabellenlohn ohnehin nicht erfüllt sind. Das Merkmal «Alter» kann einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen, was

aber jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen ist. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_703/2020 vom 1. Februar 2021 E.6.3.2). Letztlich ist auch die Berücksichtigung von unfallbedingten Einschränkungen mit einem Abzug von 5 % nicht zu beanstanden, da eine gesundheitlich bedingte Einschränkung auf leichte bis mittelschwere Arbeiten nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns führt. Der Umstand allein, dass nur mehr mindestens leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten zumutbar sind, ist kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2021 vom 20. Mai 2021 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Somit wäre es auch nicht zu beanstanden gewesen, wenn gar kein Abzug vorgenommen worden wäre. Wird vom im Einspracheentscheid gewährten Abzug von 5 % ausgegangen, resultiert im vorliegenden Fall ein Invaliditätsgrad von 5 %. Dies begründet keinen Rentenanspruch (Art. 18 Abs. 1 UVG). Die Beschwerde ist abzuweisen. 8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass. 8.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die kreisärztlichen Beurteilungen, welche aber sehr knapp ausgefallen sind und nicht auf eigenen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhen. Dies gilt insbesondere für die Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ nach der Operation im Oktober 2018 (E. II. 5.13 hiavor). Da zudem Dr. med. F. \_\_\_ in der Folge eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, bestanden wenigstens geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Andererseits erlaubten auch die eher summarischen Berichte der behandelnden Ärzte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 11'875.60 (inkl. Reisespesen des Beschwerdeführers) zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, obwohl sie die fraglichen Rechnungen jeweils zugestellt erhielt (A.S. 90 / 261 / 304).