

200 18 115 UV
FUE/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. Januar 2018



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der damaligen C. _____ AG als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1; 192). Am ... 2013 stürzte der Versicherte beim Ausschalen einer ... von der ... und zog sich dabei insbesondere eine (in der Folge operativ versorgte) dislozierte Calcaneustrümmerfraktur im linken Fuss sowie diverse Kontusionen zu (act. II 1; 10 -13; 82). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie für die Heilungskosten aufkam und Taggelder ausrichtete (act. II 2).

Auch nach der Metallentfernung im Januar 2014 (act. II 82) klagte der Versicherte über persistierende Schmerzen von Seiten des linken Fusses (act. II 90), woraufhin der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Agenturärztlicher Dienst, die angestammte Tätigkeit (als ...) als unzumutbar beurteilte, während er hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine volle Einsatzfähigkeit attestierte (act. II 93). In der Folge veranlasste die IV-Stelle des Kantons Bern (nachfolgend IVB) berufliche Massnahmen (vgl. act. II 136), welche zwischenzeitlich gesundheitsbedingt – u.a. unter Hinweis auf rechtsseitige Kniebeschwerden – unterbrochen (act. II 144 S. 1; 182 S. 1; Akten der Suva [act. IIA] 211; 224; 297 S. 9 f.) respektive per 29. Februar 2016 aufgrund der „gesundheitlichen Situation“ (mit insbesondere medialer Meniskusrefixation im rechten Knie [act. IIA 337]) abgebrochen wurden (act. IIA 326 S. 2; 338 S. 2). Mit Schreiben vom 26. Mai 2016 (act. IIA 342) teilte die Suva dem Versicherten mit, die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (durch Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Agenturärztlicher Dienst) vom 9. März 2016 (act. IIA 316) habe ergeben, eine Behandlung sei nicht mehr notwendig, weshalb die Heilungskosten und die Taggeldleistungen per 31. Mai 2016 eingestellt würden; ferner seien die im Juni 2015 gemeldeten

Kniebeschwerden rechts nicht unfallbedingt. Mit Verfügung vom 31. Mai 2016 (act. IIA 345) verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie – mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs mit dem Ereignis vom ... 2013 – auf Leistungen in Zusammenhang mit den (von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Agenturärztlicher Dienst, im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung beurteilten [vgl. act. IIA 256 S. 7]) psychischen Beschwerden, sprach dem Versicherten jedoch aufgrund einer leichten bis mässigen Arthrose im linken unteren Sprunggelenk (vgl. act. IIA 315) eine auf einer Integritätseinbusse von 5% basierende Integritätsentschädigung zu. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (act. IIA 354) wies die Suva – nachdem sie u.a. ein von der IVB bei der Begutachtungsstelle G._____ veranlasstes, chirurgisch-traumatologisch-psychiatrisches Gutachten beigezogen hatte (Expertise vom 12. Dezember 2016 [act. IIA 380]) – mit Entscheid vom 2. Januar 2018 (act. IIA 392) ab.

Die IVB verneinte bei einem Invaliditätsgrad von 18% einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Verfügung vom 6. März 2017 [act. IIA 382 S. 2 ff.]).

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 2. Januar 2018 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 5. Februar 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung (richtig: der Einspracheentscheid) vom 2. Januar 2018 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der erlittenen Knieverletzung und seiner psychischen Beeinträchtigungen erneut zu prüfen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 23. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 8. Juni 2018 verzichtete der Beschwerdeführer auf eine Replik.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. August 2018 räumte der Instrukti-
onsrichter der Beschwerdegegnerin die Gelegenheit ein, allenfalls unter
Beizug einer fachmedizinischen Stellungnahme zur Frage nach der
indirekten Kausalität zwischen dem Ereignis vom ... 2013 und der im
weiteren Verlauf festgestellten und operativ versorgten Kniebeschwerden
rechts Stellung zu nehmen.

Mit Eingabe vom 28. September 2018 nahm die Beschwerdegegnerin unter
Verweis auf eine von ihr ins Recht gelegte, von PD Dr. med. H. _____,
Facharzt für Chirurgie, verfasste Chirurgische Beurteilung vom 11. Sep-
tember 2018 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIB]) Stellung. Gleichzei-
tig hält sie an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Oktober 2018 stellte der Instrukti-
onsrichter die Stellungnahme inklusive Beilage dem Beschwerdeführer zu.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversiche-
rungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des
Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom
6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
(ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom
11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staats-
anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.
Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ-
gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt
und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er
zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist
gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60
ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der die Verfügung vom 31. Mai 2017 (act. IIA 345) bestätigende Einspracheentscheid vom 2. Januar 2018 (act. IIA 392). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2013.

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

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

2.

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

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel („*conditio sine qua non*“; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

2.3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

2.4.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 138 V 248 E. 4 S. 251).

2.4.2 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

2.5 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung

(und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. September 2017, 8C_142/2017, E. 4).

3.

3.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom ... 2013, bei dem der Beschwerdeführer beim Arbeiten von einer ... drei bis vier Meter in die Tiefe gestürzt ist (act. II 10 S. 1; 13 S. 1; 21 S. 2) und sich dabei diverse Verletzungen zugezogen hat (vgl. act. II 13 S. 1), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt.

3.2 Zum Gesundheitszustand lässt sich den medizinischen Akten im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Januar 2018 (act. IIA 392) im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Vom ... bis ... 2013 war der Beschwerdeführer im Spital I. _____ hospitalisiert. Im entsprechenden, u.a. vom Klinikleiter PD Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unterzeichneten Austrittsbericht vom 12. August 2013 (act. II 13) wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

1. Dislozierte Calcaneustrümmerfraktur, Ruptur Retinaculum peronaele superius mit initialem Kompartmentsyndrom medial Fuss links
2. Multiple Kontusionen im Rahmen Diagnose 1
 - Beckenkamm rechts, Knie links und Handgelenk rechts ohne ossäre Läsion
 - CT- Abdomen: keine Hinweise für intraabdominelle Organverletzung

Der Beschwerdeführer sei am ... 2013 auf einer ... aus vier Metern Höhe von einem Gerüst gestürzt. Die klinische, konventionell-radiologische und

computertomographische Untersuchung im Spital K._____ habe eine dislozierte Calcaneusfraktur links mit zusätzlich Handgelenks- und Beckenkontusion ergeben (vgl. act. II 27). Eine abdominale Verletzung sei ausgeschlossen worden (vgl. act. II 28). In der Folge sei der Beschwerdeführer zur operativen Versorgung der Verletzungen des Bewegungsapparates ins Spital I._____ zugewiesen worden. Bei Eintritt habe sich ein Kompartmentsyndrom des linken Fusses gezeigt, woraufhin eine notfallmässige Kompartmentspaltung erfolgt sei. Bei regelrechtem Verlauf sei am ... 2013 der Sekundärverschluss durchgeführt worden (vgl. act. II 11). Die definitive operative Versorgung der Calcaneustrümmerfraktur sei am ... 2013 mittels halboffener Reposition, Platten- und Schraubenosteosynthese durchgeführt worden (vgl. act. II 10 S. 1). Der weitere Verlauf habe sich problemlos dargestellt. Am ... 2013 seien die Gipszirkularisierung und die Entlassung nach Hause erfolgt.

Der Heilungsverlauf präsentierte sich in der Folge zeitgerecht (act. II 24; 45), der Beschwerdeführer klagte im Verlauf über zwar rückläufige, jedoch anhaltende Beschwerden im linken Fuss (act. II 61).

3.2.2 Vom ... bis ... 2013 hielt sich der Beschwerdeführer zwecks Rehabilitation in der Klinik L._____ auf. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 16. Dezember 2013 (act. II 73) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte über eine bessere Situation bezüglich Zehenbeweglichkeit sowie bessere Beweglichkeit im ganzen Fuss links. Die Schmerzproblematik bleibe aber unverändert (S. 7). Aktuell bestehe noch eine Schwellung im ganzen linken Fuss, besonders bei längerem Laufen oder Stehen. Klinisch zeigten sich eine ausgeprägte Druckdolenz über dem lateralen Fussrand und über dem Malleolus medialis mit deutlich eingeschränkter OSG-Beweglichkeit. Konventionell-radiologisch zeige sich eine zunehmende Konsolidation der chirurgisch versorgten Calcaneusfraktur mit aber noch teilweise einsehbaren Frakturspalten bzw. noch nicht vollständig konsolidierten Frakturanteilen bei intaktem und in situ liegendem Osteosynthesematerial ohne Lockerungszeichen desselben (S. 2).

3.2.3 Am ... 2014 erfolgte die vollständige Osteosynthesematerialentfernung im Calcaneus links (act. II 82). Im Bericht vom 24. Januar 2014 (act. II 90) hielten PD Dr. med. J._____ und med. pract. M._____,

Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die Wundheilung nach der Metallentfernung sei zeitgerecht; ansonsten sei der Verlauf unverändert protrahiert ohne absehbare Besserungstendenz (S. 1).

3.2.4 Im Bericht vom 10. Februar 2014 (act. II 93) hielt der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D. _____ fest, in Anbetracht der erlittenen Verletzung müsse davon ausgegangen werden, dass die angestammte berufliche Tätigkeit definitiv nicht mehr zumutbar sei. Ein ganztägiger Einsatz für Überwachungsfunktionen und leichte körperliche Aktivitäten in vorwiegend sitzender Position ohne Heben und Tragen von Lasten über 5kg, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Gehen in unwegsamem Gelände sei jedoch zumutbar (S. 2).

3.2.5 Im Bericht vom 31. März 2014 (act. II 110) hielten PD Dr. med. J. _____ und Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, Befund und Beschwerden seien unverändert. Die MRI-Untersuchung (vgl. act. II 106 S. 1) zeige keine entzündliche Aktivität des unteren Sprunggelenkes. Die Stellung des Rückfusses und des Calcaneus seien korrekt. Operative Massnahmen seien zur Zeit nicht indiziert und auch nicht erfolgversprechend zur Beschwerdeverbesserung. Es werde die Weiterführung der ambulanten Physiotherapie empfohlen (act. II 110 S. 1).

3.2.6 Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 17. Oktober 2014 (act. II 138) fest, die linksseitigen Fusschmerzen bei Status nach Calcaneusfraktur hätten stark zugenommen. Zusätzlich seien ischialgiforme Beschwerden am linken Bein aufgetreten, welche wahrscheinlich mit der Fussverletzung zusammen hingen, aber auch vertebragen bedingt sein könnten. Obendrein seien wieder Schmerzen am Gesäss mit Verdacht auf ein Rezidiv der Sinus pilonidalis aufgetreten, wofür er – Dr. med. O. _____ – dem Beschwerdeführer eine antibiotische Behandlung verordnet habe. Da ihm nicht nur das Stehen und Gehen, sondern jetzt auch das Sitzen Mühe mache, habe er den Beschwerdeführer ab dem 15. Oktober 2014 zu 50% arbeitsunfähig geschrieben. Seit dem 1. September 2014 finde eine von der IV veranlasste

arbeitsmarktliche Abklärung statt, wo der Beschwerdeführer nur sitzende Arbeit zu verrichten habe.

3.2.7 Im Bericht vom 18. November 2014 (act. II 160 S. 5 f.) diagnostizierte PD Dr. med. J._____ neuropathische Schmerzen 15 Monate nach Osteosynthese einer Calcaneusfraktur rechts (richtig: links). In der Beurteilung hielt er fest, die (am 5. November 2014 durchgeführte) Infiltration habe trotz schnell wirksamem Lokalanästhetikum zu keinem positiven Effekt hinsichtlich der Schmerzen geführt. Die Arthrographie zeige einen unauffälligen Gelenkraum, ohne mechanisches Hindernis. Osteophyten, Zysten oder eine Gelenkspaltverschmälerung beständen nicht. Im MRI (vgl. act. II 152) zeige sich eine leichte residuelle Umbauaktivität, vereinbar mit dem Zustand nach Fraktur und Osteosynthese sowie Metallentfernung (act. II 160 S. 5 f.).

Mit weiterem, von PD Dr. med. J._____ mitunterzeichnetem Bericht vom 3. Dezember 2014 (act. II 169) wurde festgehalten, die Steroidinfiltration habe nicht zu einem verbessernden Effekt bezüglich der Schmerzen oder der Funktionalität geführt. Somit bestätige sich, dass mit einer USG-Arthrodesese keine Verbesserung erzielt werden könnte. Deshalb sollten klar keine weiteren Eingriffe mehr erfolgen. Die jetzige Situation stelle somit einen vorläufigen Endzustand dar (S. 1).

3.2.8 Der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D._____ hielt – gestützt auf eine persönliche Untersuchung – im Bericht vom 16. Februar 2015 (act. II 186) fest, der Beschwerdeführer gebe an, er habe Tag und Nacht Schmerzen an seinem linken Fuss, wobei er auf den lateralen als auch auf den medialen Aspekt des Fusses verweise. Der Verlauf sei in den letzten sechs Monaten für ihn vollkommen unverändert (S. 2). Angesprochen auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen habe er Rückenschmerzen beim Gehen mit den Stöcken angegeben (S. 3). Bei der klinischen Untersuchung habe sich kein relevanter Reizzustand des linken Fusses im Verlaufe des Vormittags ergeben, abgesehen von einer gewissen Verbreiterung des Rückfusses. Es bestehe eine diffuse Berührungsschmerzhaftigkeit. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks sei endgradig eingeschränkt, das Subtalar-Gelenk blockiert und es bestehe eine deutliche Einschränkung der Vorfussbeweglichkeit. Weitere operative Ein-

griffe seien in Übereinstimmung mit PD Dr. med. J. _____ nicht geeignet, den objektiven und subjektiven Zustand des linken Fusses grundlegend zu modifizieren. Das am 10. Februar 2014 formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 93) behalte seine Gültigkeit (act. II 186 S. 5).

3.2.9 Mit Bericht vom 22. Juni 2015 (act. IIA 218) hielt Dr. med. O. _____ fest, der Beschwerdeführer beklage neu aufgetretene Knie-schmerzen rechts, welche anlässlich einer MRI-Untersuchung (vgl. act. II 214) auf eine mediale Meniskusläsion hätten zurückgeführt werden können. Der Beschwerdeführer vermute, dass diese Läsion durch eine Überlastung des rechten Kniegelenkes infolge Schonung des linken Beines zustande gekommen sei. Bis zur weiteren Abklärung habe er den Beschwerdeführer von der beruflichen Wiedereingliederung dispensiert.

Mit weiterem, zu Händen der Beschwerdegegnerin verfasstem Bericht vom 10. Juli 2015 (act. IIA 228) hielt Dr. med. O. _____ fest, ohne dass ein neues Trauma stattgefunden habe, verspüre der Beschwerdeführer seit Anfang Juni Schmerzen medial im rechten Kniegelenk.

3.2.10 Dr. med. P. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 1. Juli 2015 (act. IIA 229) im Wesentlichen eine mediale Meniskusunterflächenläsion (rechts) sowie „aktuell“ eine Schmerzverarbeitungsstörung. Aufgrund der Calcaneusfraktur sei die rechte Seite sicher mittraumatisiert worden und führe nun zu entsprechenden belastungsabhängigen Schmerzen ohne Blockierungserscheinungen mehrheitlich auf der Knieinnenseite (S. 1). MR-tomographisch läge sicher die entsprechende Unterflächenläsion im medialen Hinterhornbereich vor. Auf der Schmerzskala sollte dies jedoch nicht eine 10 von maximal 10 auf der VAS auslösen. Hier liege sicher zusätzlich eine Schmerzverarbeitungsstörung vor (S. 1 f.).

3.2.11 Mit Bericht vom 23. Oktober 2015 (act. IIA 256) hielt Dr. med. F. _____, Agenturärztlicher Dienst, fest, die vorliegenden Berichte mit der Beschreibung des Schmerzcharakters wiesen zusammen mit den (spärlichen) Angaben zur Persönlichkeit und zum Verhalten des Beschwerdeführers darauf hin, dass es sich am ehesten um eine Schmerzverarbeitungsstörung mit organischen und psychogenen Anteilen im Sinne von

ICD-10 F45.41 handeln dürfte. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die aktuell beobachtete Schmerzverarbeitungsstörung in Folge des Unfallereignisses vom ... 2013 entstanden sei (S. 7).

3.2.12 Im Bericht vom 12. November 2015 (act. IIA 268) diagnostizierten PD Dr. med. Q. _____ und R. _____, beides Fachärzte für Anästhesiologie im Spital S. _____, u.a. eine mediale Meniskusunterflächenläsion rechtes Knie „seit dem Unfall ...2013“ sowie eine reaktive depressive Episode „auf die Lebenssituation seit dem Unfall ...2013“. Durch die unphysiologische Gangart aufgrund der Fussverletzung sei es zu Knieschmerzen rechts gekommen (S. 1). Es beständen weiter muskuloskelettale Schmerzen im rechten (richtig: linken) Fuss bei Zustand nach Unfall mit neuropathischen Schmerzanteilen. Durch die intensive Therapie hätten sich die Schmerzen leicht gebessert. Die Beweglichkeit sei weiterhin erheblich eingeschränkt, die Supination nicht möglich. Es komme zu einer Schonganghaltung mit veränderter Körperstatik. Aufgrund der perspektivlosen Lebenssituation sei es reaktiv nach dem Unfall zu einer depressiven Episode gekommen, die psychotherapeutisch behandelt werde (S. 2).

3.2.13 Im von Dr. med. P. _____ mitunterzeichneten Bericht vom 19. November 2015 (act. IIA 277) wurde festgehalten, die Behandlung der Schmerzverarbeitungsstörung sei auf gutem Wege. Es sei zu erwarten, dass sich mit der Besserung der Schmerzsymptomatik auch das Beschwerdebild am rechten Knie konkretisieren werde (S. 2).

3.2.14 Am 25. Februar 2016 erfolgte am rechten Knie eine operative mediale Meniskusrefixation. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos mit regelrechter Wundheilung (act. IIA 313 S. 2 f.; 337 S. 2 f.).

3.2.15 Die Kreisärztin Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 10. März 2016 (act. IIA 316) fest, die rechtsseitigen Kniebeschwerden seien erstmals im Juni 2015, also knapp zwei Jahre nach dem Unfallereignis, beschrieben worden. Gemäss Hausarzt habe sich kein neues Trauma ereignet. Ein Zusammenhang der Meniskusläsion mit dem Unfall am ... 2013 sei bei dieser langen Latenz nicht wahrscheinlich. Bezüglich linkem Fuss sei von weite-

ren somatischen Behandlungen keine namhafte Besserung des aktuellen unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erwarten (S. 5).

3.2.16 Im von Prof. (vormals PD) Dr. med. J. _____ mitunterzeichneten Bericht vom 23. März 2016 (act. IIA 327) wurde festgehalten, die (am 15. März 2016 zu einer Notfallkonsultation führenden [vgl. act. IIA 319 S. 1]) Beschwerden im linken Fuss seien im Rahmen der Überbelastung aufgrund der Entlastung der rechten unteren Extremität nach Kniearthroskopie zu interpretieren. Dies habe zu einer Exacerbation der bekannten neuropathischen Schmerzen auf der linken Seite geführt. Das MRI zeige keinerlei Veränderungen im Vergleich zu den Voraufnahmen (S. 1).

3.2.17 Dr. med. T. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 28. Oktober 2016 (act. IIA 369) fest, zwischenzeitlich sei der Beschwerdeführer von Seiten des rechten Kniegelenks beschwerdefrei, jedoch persistierten die Fussbeschwerden links. Es liege zwar eine gewisse depressive Grundstimmung vor, welche jedoch mit der psychosozialen Belastung bei ungewisser beruflicher Zukunft kongruent sei, und die vollständige Rückbildung der Knieschmerzen weise ebenfalls auf das Fehlen eines erheblichen Rentenbegehrens hin (S. 2).

3.2.18 Im Bericht vom 25. November 2016 (act. IIA 372) hielten Prof. Dr. med. J. _____ und Dr. med. U. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach Veranlassung eines MRI's (vgl. act. IIA 373) fest, im Vergleich zum „Vor-MRI“ im März ergebe sich eine verbesserte Situation. Eine mechanische oder entzündliche Ursache der Schmerzzunahme (betreffend den linken Fuss) zeige sich nicht (S. 1).

3.2.19 Im zu Händen der IVB erstellten, bidisziplinären chirurgisch-traumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Begutachtungsstelle G. _____ vom 12. Dezember 2016 (act. IIA 380) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (S. 23):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische, vorwiegend belastungsabhängige Fusschmerzen links (ICD-10 M79.67)

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und leichtem affektiven Begleitsyndrom im Sinne einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei belastender psychosozialer Situation und Nichtakzeptanz der veränderten Lebenssituation (ICD-10 F45.41/43.21)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Aktenanamnestische Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4)
- Aktenanamnestisch Status nach Arthroskopie mit medialer Meniskusrefixation und Plicaresektion Knie rechts am 25. Februar 2016 bei medialer Meniskus-Unterflächenläsion; aktuell klinisch unauffälliger Befund bei anamnestischen Restbeschwerden (ICD-10 Z98.8)
- Status nach multiplen Kontusionen (Beckenkamm, Knie links, Handgelenk rechts ohne ossäre Läsionen) bei Arbeitsunfall mit Sturz vom ... am ... 2013 (ohne Code)

Der Beschwerdeführer habe als Hauptproblem Schmerzen im linken Fuss im Kalkaneusbereich mit Bewegungseinschränkung im linken Fuss angegeben und auf den Umstand hingewiesen, dass er beim Gehen nicht gerade auftreten könne und deshalb hinke. Deshalb könne er nicht mehr rennen, das Treppensteigen bereite ihm Schmerzen und er könne nicht mehr auf seinem Beruf arbeiten (S. 7). Durch die Fehlbelastung beim Gehen habe er auch Rückenschmerzen im linken Kreuzbereich entwickelt, die dorsal in den linken Oberschenkel ausstrahlen würden, dies vor allem nach längerem Sitzen (S. 8).

Bezüglich der linksseitigen Fussbeschwerden bestehe ein erheblicher organischer Kern bei Status nach Calcaneusfraktur links mit einer praktisch aufgehobenen USG-Beweglichkeit und radiologisch zunehmenden degenerativen Veränderungen talocalcaneär. Insofern seien belastungsabhängige Schmerzen im Fuss organisch nachvollziehbar und es bestehe eine deutliche Verminderung der Belastbarkeit des linken Fusses mit entsprechenden Auswirkungen auf das Zumutbarkeitsprofil. Gleichzeitig beständen aber deutliche Zeichen einer nichtorganischen Überlagerung mit Symptomausweitung, Aggravationstendenzen und Selbstlimitation mit demonstrierter massiver Entlastung der linken unteren Extremität, die im gezeigten Ausmass organisch-strukturell nicht ausreichend begründbar sei, zumal praktisch symmetrische muskuläre Verhältnisse und eine seitengleiche Beschwielung der Fusssohle bestehe. Diese Befunde zeigten deutlich auf,

dass der Beschwerdeführer den Fuss im Alltag wesentlich mehr belaste als bei der Untersuchung demonstriert. Auf psychiatrischem Gebiet lasse sich eine leichtgradig ausgeprägte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen und eine leichte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostizieren (S. 24). Es sei davon auszugehen, dass es beim Beschwerdeführer ein paar Monate nach dem Unfall zu einer Symptomausweitung mit funktioneller Überlagerung eines organischen Kerns im Sinne einer „psychischen Fehlverarbeitung“ gekommen sei (S. 21).

Aufgrund der Echtzeitdokumentation könnten die noch angegebenen rechtsseitigen Kniebeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht dem Unfall vom ... 2013 zugeordnet werden (S. 18, 28).

Für die bisherige Tätigkeit als ... bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht könnte der Beschwerdeführer jedoch leichte körperliche Aktivitäten in vorwiegend sitzender Position ohne Heben und Tragen von Lasten über 5kg, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Gehen in unwegsamem Gelände ganztägig, ohne zeitliche Einschränkung ausüben, z.B. Überwachungstätigkeiten und leichte ..., wobei eine qualitative Einschränkung im Bereich des Rendements von 10 bis maximal 20% zu berücksichtigen wäre. Dieses Leistungsprofil bestehe bereits seit der kreisärztlichen Untersuchung vom Februar 2014, spätestens jedoch ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (S. 28).

3.2.20 In der Chirurgischen Beurteilung vom 11. September 2018 (act. IIB) hielt PD Dr. med. H. _____ fest, basierend auf der Literatur seien die Kniebeschwerden (rechts) mit dem bildgebend, zwei Jahre nach dem Unfallereignis dokumentierten Meniskusriss sicher nicht traumatischen Ursprungs. Dass eine Schonhaltung des traumatisierten linken Beines zu einer Beeinträchtigung des gesunden, kontralateralen Beines führe, sei in der Literatur widerlegt. Falls durch die physiotherapeutische Rehabilitation und das Arbeitsintegrationstraining im Jahr 2015 die Kniebeschwerden rechts induziert worden seien, so entspreche dies einem Symptomatisch-Werden eines asymptomatisch vorliegenden degenerativen Meniskusschadens, ohne dass dadurch eine neue radiäre oder vertikale Rissbildung

entstanden wäre (diese Rissformen seien im MRI nicht vorhanden). Weder sei der Meniskusriss mit Sicherheit durch den Unfall selbst ausgelöst worden, noch könne eine Verletzung auf der einen Seite zu einer Beeinträchtigung der gesunden, kontralateralen Seite mit überwiegender Wahrscheinlichkeit führen (S. 17 f.).

3.3

3.3.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.4 Die im Recht liegenden medizinischen Berichte und Gutachten erlauben eine zuverlässige Beurteilung der sich vorliegend stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen. Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht.

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat hinsichtlich der Kniebeschwerden rechts sowie der psychischen Beschwerden den natürlichen bzw. adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom ... 2013 (vgl. E. 3.1 vorne) verneint (act. IIA 345 S. 2; 392 E. 3 S. 5 und E. 4.2.2 S. 7). In Bezug auf die als unfallbedingt anerkannten Beeinträchtigungen von Seiten des linken Fusses hat sie den Fall per 31. Mai 2016 unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung abgeschlossen (act. IIA 342 S. 1). Schliesslich hat sie hinsichtlich der Fussbeschwerden links einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 5% verneint (act. IIA 392 E. 5.4 S. 10), dem Beschwerdeführer insoweit jedoch eine auf einem Integritätsschaden von 5% basierende Integritätsentschädigung zugesprochen (act. IIA 345 S. 2; 392 E. 6 S. 10 f.).

4.

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, die (erstmalig im Juni 2015 festgestellten [Beschwerde, S. 3, Ziffer 2]) Kniebeschwerden rechts seien entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin als unfallbedingt zu qualifizieren (Beschwerde, S. 4 f., Ziffer 1 f.).

4.1 Zunächst bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte und der Beschwerdeführer bringt auch nicht vor, dass ein weiterer Unfall gemäss Art. 4 ATSG bzw. ein unfallähnliches Ereignis im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG zu den Kniebeschwerden rechts geführt haben könnte (vgl. act. IIA 228). Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Kniebeschwerden rechts auch in Bezug auf das Ereignis vom ... 2013 zu keinem Zeitpunkt eine Leistungspflicht anerkannt oder gar Leistungen erbracht hat. Ständen demnach die Kniebeschwerden rechts bei der Leistungsanerkennung gar nie zur Diskussion, gilt nicht die Beweislastverteilung bezüglich Wegfalls der Unfallkausalität (SVR 2016 UV

Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b), sondern liegt es in den Schranken des Untersuchungsgrundsatzes grundsätzlich am Beschwerdeführer, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom ... 2013 und den geltend gemachten Kniebeschwerden rechts zu beweisen (vgl. E. 2.3.2 vorne; Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C_819/2016, E. 6.2).

4.2 In Bezug auf eine allfällige direkte Kausalität zwischen dem Unfall vom ... 2013 und der Meniskusläsion rechts kam die Kreisärztin Dr. med. E._____ im Bericht vom 10. März 2016 (act. IIA 316) zum Schluss, ein Zusammenhang sei aufgrund der langen Latenz von knapp zwei Jahren „nicht wahrscheinlich“ (S. 5). Zum selben Ergebnis gelangte auf konkrete Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. act. IIA 363) Dr. med. D._____, Facharzt für Chirurgie, im Rahmen des zu Händen der IVB veranlassten, auf persönlichen Untersuchungen beruhenden interdisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle G._____ vom 12. Dezember 2016 (act. IIA 380 S. 18, 28). Diese von den Dres. med. E._____ und D._____ erfolgten Einschätzungen bestätigte schliesslich auch PD Dr. med. H._____ im Aktengutachten vom 11. September 2018 (act. IIB S. 17 f.), welches die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren einreichte. Zudem äusserte sich dieser Arzt unter Bezugnahme auf den Unfallmechanismus und in Berücksichtigung der Klinik, der Rissmorphologie der Meniskusläsion sowie der Literatur auch zur indirekten Kausalität respektive zur Frage, ob die Schonhaltung hinsichtlich des linken Beines zu einer Beeinträchtigung des gesunden, rechten Beines geführt habe, was er nachvollziehbar und schlüssig verneinte.

Diese Beurteilungen sind nachvollziehbar begründet, leuchten ein und sind beweiskräftig (vgl. E. 3.3.2 vorne). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

4.2.1 Zunächst steht aufgrund der (echtzeitlichen) Akten fest und ist unbestritten, dass das rechte Kniegelenk beim Unfall am ... 2013 nicht betroffen war. In erster Linie zog sich der Beschwerdeführer beim Sturz von der ... Verletzungen am linken Fuss mit insbesondere einer dislozierten Calcaneustrümmerfraktur zu; sodann betrafen die weiter festgestellten

multiplen Kontusionen den Beckenkamm und das Handgelenk rechts sowie das *linke* Knie (vgl. act. II 13). Auch im weiteren Verlauf stand allein der (in der Folge verzögerte) Heilverlauf von Seiten des linken Fusses im Fokus – dies sowohl in Bezug auf die Beschwerdeangaben als auch in behandlungsmässiger Hinsicht (vgl. E. 3.2.2 - 3.2.8 vorne). Dabei bestehen keine Hinweise und es wird auch nicht geltend gemacht, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seitens der behandelnden Ärzte nicht lege artis abgeklärt oder therapiert worden wäre. Hinzu kommt, dass der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D. _____ noch im Bericht vom 16. Februar 2015 (act. II 186) einen korrekten Zustand beider Kniegelenke mit symmetrischer Beweglichkeit ohne Nachweis einer Meniskussymptomatik oder einer Instabilität feststellte (S. 3).

4.2.2 Erst im Juni bzw. Juli 2015, mithin fast zwei Jahre nach dem Unfallereignis, berichtete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. O. _____, von seit Juni (2015) und ohne neues Trauma aufgetretenen Kniebeschwerden rechts (vgl. act. IIA 218; 228), wobei in der Folge eine Meniskusunterflächenläsion diagnostiziert (act. IIA 229 S. 1) und schliesslich auch operativ behandelt wurde (act. IIA 337 S. 2 f.).

Der Beschwerdeführer macht insoweit geltend, die „unfallbedingte Knie-Läsion“ sei erst nach vermehrter Mobilität bemerkt worden: Unmittelbar nach dem Unfall habe er sich zunächst längere Zeit im Rollstuhl fortbewegt. Die Schmerzen im rechten Knie seien erst aufgetaucht, nachdem er in der Band-Genossenschaft ein erstes Arbeitstraining absolviert habe. Bei dieser Tätigkeit habe er die Schonhaltung aufgegeben, wodurch die Schmerzen vermehrt aufgetreten seien (Beschwerde, S. 5, Ziffer 2).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist die von ihm sinn-gemäss postulierte indirekte Kausalität zwischen dem Unfall vom ... 2013 und den ab Juni 2015 geklagten Kniebeschwerden rechts (vgl. insoweit auch prozessleitende Verfügung vom 10. August 2018) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt: PD Dr. med. H. _____ führte in seiner chirurgischen Beurteilung vom 11. September 2018 (act. IIB) aus, beim Beschwerdeführer habe ein degenerativer Meniskussschaden rechts vorgelegen, welcher durch das Arbeitsintegrationsprogramm symptomatisch geworden sei. Dass eine

Schonhaltung des traumatisierten linken Beines zu einer Beeinträchtigung des gesunden, kontralateralen Beines führe, sei in der Literatur widerlegt (S. 17). Ferner nahm PD Dr. med. H._____ zu den vom Beschwerdeführer erwähnten (vgl. Beschwerde, S. 3, Ziffer 2), eine indirekte Kausalität bejahenden Einschätzungen (Berichte von Dr. med. P._____ vom 1. Juli 2015 [act. IIA 229] sowie von PD Dr. med. Q._____ und Dr. med. R._____ vom 25. August 2015 [act. IIA 248 S. 1 – 3]) überzeugend Stellung, worauf verwiesen werden kann (act. IIB S. 17). Ergänzend ist insoweit anzufügen, dass – soweit in den genannten Berichten die (indirekte) Kausalität bejaht oder zumindest impliziert wird – es sich nicht um den beweisrechtlichen Anforderungen genügende Kausalitätsbeurteilungen unter Einbezug des Unfallmechanismus, der Klinik, der Rissmorphologie sowie der Literatur handelt, sondern lediglich um Einschätzungen nach Massgabe der in beweismässiger Hinsicht unzulässigen *Maxime post hoc ergo propter hoc*, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2).

4.3 Zusammenfassend ist zwischen dem Unfall vom ... 2013 und den seit Juni 2015 geklagten Kniebeschwerden rechts weder ein direkter noch indirekter natürlicher Kausalzusammenhang mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, weshalb die Beschwerdegegnerin eine entsprechende Leistungspflicht im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Januar 2018 (act. IIA 392 E. 3 S. 5) zu Recht verneint hat.

5.

5.1 Aufgrund der Akten ist sodann erstellt, dass der Beschwerdeführer noch an linksseitigen, natürlich (und adäquat) kausalen Fussbeschwerden bei Status nach Calcaneusfraktur links leidet (act. II 93 S. 2; 186 S. 5; IIA 380 S. 19; 392 E. 3 S. 5). Indem gestützt auf die Berichte der Kreisärzte Dres. med. E._____ vom 10. März 2016 (act. IIA 316 S. 5) und D._____ vom 16. Februar 2015 (act. II 186 S. 5) bzw. 10. Februar 2014

(act. II 93 S. 2) im Hinblick auf eine Verweistätigkeit insoweit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde und demnach eine namhafte Besserung der Unfallfolgen im Sinne einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit ohne weiteres zu verneinen war (vgl. E. 2.5 vorne; BGer, 8C_142/2017, E. 5.2.1), hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 31. Mai 2016 unter Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen abgeschlossen (act. IIA 342 S. 1), zumal zu diesem Zeitpunkt auch die Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen waren (act. IIA 338 S. 2). Dies alles ist denn auch unbestritten.

5.2 Im Weiteren folgt aus den Akten, dass der Beschwerdeführer im Verlauf auch psychische Beschwerden geltend machte, welche der Konsiliarpsychiater der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F._____, im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung interpretierte und weiter festhielt, es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese „im Gefolge des Unfallereignisses“ vom ... 2013 entstanden sei (act. IIA 256 S. 7). Im Gutachten der Begutachtungsstelle G._____ vom 12. Dezember 2016 (act. IIA 380) wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und leichtem affektivem Begleitsyndrom im Sinne einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei belastender psychosozialer Situation und Nichtakzeptanz der veränderten Lebenssituation (ICD-10 F45.41/43.21) diagnostiziert und die aktenanamnestisch dokumentierte mittelgradige depressive Episode als gegenwärtig remittiert erachtet (S. 23). Zur Unfallkausalität äusserten sich die Gutachter nicht.

Es kann offen bleiben, ob in den Ausführungen von Dr. med. F._____, wonach die psychischen Beschwerden „im Gefolge des Unfallereignisses“ vom ... 2013 aufgetreten seien, eine dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entsprechende Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs (vgl. E. 2.3.1 f. vorne) zu erblicken ist, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (Beschwerde, S. 5 unten). Selbst wenn dies zutrifft, so fehlt es jedenfalls, wie nachfolgend zu zeigen ist, an der zusätzlich erforderlichen Adäquanz des natürlichen Kausalzusammenhangs. Diese ist – nachdem unbestrittenermassen kein schleudertrauma-spezifisches respektive äquivalentes Beschwerdebild

vorliegt – nach Mass-gabe der sog. „Psycho-Praxis“ gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen (vgl. E. 2.4.1 vorne), was denn auch der Beschwerdeführer anerkennt (vgl. Beschwerde, S. 6, Ziffer 1).

5.3 Mit Blick auf die Schwere des Unfallereignisses (vgl. E. 2.4.2 vorne) vom ... 2013 ist erstellt und unbestritten, dass der Beschwerdeführer aus einer Höhe von drei bis vier Metern von einer ... stürzte (vgl. E. 3.1 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat dieses Ereignis als mittelschwer im engeren Sinne eingestuft (act. IIA 392 E. 4.2.1 S. 7), was mit der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung übereinstimmt (vgl. Entscheid des BGer vom 19. April 2017, 8C_44/2017, E. 5.2; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 66, letztes Lemma) und was der Beschwerdeführer auch nicht beanstandet (vgl. Beschwerde, S. 6, Ziffer 1).

5.4

5.4.1 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

5.4.2 Die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei – wie vorliegend (vgl. E. 5.3 vorne) – mittelschweren Unfällen im engeren Sinne

setzt voraus, dass drei der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien in ausgeprägter Weise) erfüllt sind (vgl. BGer 8C_44/2017, E. 5.2; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 65). Erfolgt zudem – wie hier – die Adäquanzprüfung nach der Praxis für psychische Unfallfolgen (vgl. E. 5.2 vorne), so sind einzig die physischen Komponenten des Gesundheitsschadens bei der Würdigung der Adäquanzkriterien zu berücksichtigen (vgl. E. 2.4.2 vorne). Massgebend sind dabei die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Fallabschluss per 31. Mai 2016 (vgl. E. 5.1 vorne) entwickelt haben (vgl. Entscheide des BGer vom 27. November 2017, 8C_488/2017, E. 6.7 und vom 10. Oktober 2013, 8C_344/2013, E. 8).

5.5

5.5.1 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, die somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Die Rechtsprechung hat dabei insbesondere etwa in Erwägung gezogen, ob das Ereignis objektiv einen unmittelbar lebensbedrohenden Charakter habe (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2016, 8C_611/2016, E. 3.4). Dergleichen ist vorliegend nicht ersichtlich und wird auch nicht behauptet. Auch anderweitig ergeben sich keine Anhaltspunkte für besondere, die Eindrücklichkeit des Unfallereignisses vom ... 2013 qualifizierenden Umstände. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt.

5.5.2 Ebenso ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen (BGer, 8C_488/2017, E. 6.6), zu verneinen: Zunächst hat die Meniskusläsion am rechten Knie als unfallfremder Gesundheitsschaden (vgl. E. 4 vorne) unberücksichtigt zu bleiben. Sodann stellt die (unfallbedingte) Calcaneusfraktur links keine Verletzung dar, welche erfahrungsgemäss besonders geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. Entscheid des BGer vom 2. November 2009, 8C_432/2009, E. 5.3). Dasselbe gilt hinsichtlich der beim Unfall

zusätzlich erlittenen, jedoch ohne ossäre Läsionen einhergehenden Kontusionen am Beckenkamm rechts, am Knie links und im Bereich des Handgelenks rechts (act. II 13; 27 f.) sowie in Bezug auf das bei Spitaleintritt aufgetretene Kompartmentsyndrom des linken Fusses, welches keine weiteren gesundheitlichen Folgen zeitigte.

5.5.3 Ob das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung erfüllt ist, kann nicht allein nach einem zeitlichen Massstab beurteilt werden. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen (Entscheid des BGer vom 24. Juni 2015, 8C_871/2014, E. 6).

Aufgrund der Akten ist erstellt, dass sich der Beschwerdeführer wegen der beim Unfall erlittenen Calcaneusfraktur links einschliesslich der Metallentfernung insgesamt vier operativen Eingriffen (act. II 10-12; 82) unterziehen musste, welche jedoch allesamt komplikationslos verliefen, wobei der Heilverlauf insgesamt als zeitgerecht beurteilt wurde (vgl. act. II 24; 45). Zwar zeigte sich im weiteren Verlauf keine in Bezug auf die Beschwerden wesentliche Besserungstendenz (act. II 90 S. 1). Bereits im Bericht vom 31. März 2014 (act. II 110) hielt PD Dr. med. J._____ jedoch fest, die MRI-Untersuchung zeige keine entzündliche Aktivität des unteren Sprunggelenkes und die Stellung des Rückfusses und des Calcaneus seien korrekt. Operative Massnahmen seien zur Zeit nicht indiziert und auch nicht erfolgversprechend im Hinblick auf eine allfällige Beschwerdeverbesserung. Er empfahl die Weiterführung der ambulanten Physiotherapie (S. 1).

Auch in der weiteren Folge konnten die fortlaufend geklagten Fussbeschwerden links nicht allein organisch bzw. bildgebend erklärt werden (vgl. act. II 160 S. 5), woraufhin Dr. med. J._____ im Bericht vom 3. Dezember 2014 (act. II 169) abermals festhielt, mit einer USG-Arthrodese könne keine Verbesserung erzielt werden, womit die jetzige Situation einen vorläufigen Endzustand darstelle (S. 1), was im Verlauf der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D._____ bestätigte (act. II 186 S. 5). Zwar

wurden die therapeutischen Massnahmen mittels Physiotherapie und Schmerzmittelapplikation weitergeführt (vgl. act. II 184; 186 S. 3 und 5; 193; IIA 209; 260; 269 f.). Insoweit ist jedoch zum einen zu berücksichtigen, dass die Fussbeschwerden links – trotz deren teilweisen Organizität (vgl. act. IIA 380 S. 24) – zusehends unter Einfluss einer (hier nicht zu berücksichtigenden) Schmerzverarbeitungsstörung standen (vgl. act. IIA 229 S. 2; 248; 256 S. 7). Dies geht insbesondere auch aus den Ausführungen der Gutachterin der Begutachtungsstelle G._____ Dr. med. V._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hervor, welche festhielt, beim Beschwerdeführer sei es bereits „ein paar Monate nach dem Unfall“ zu einer Symptomausweitung mit funktioneller Überlagerung des organischen Kerns im Sinne einer „psychischen Fehlverarbeitung“ gekommen (act. IIA 380 S. 21). Zum anderen rückten ab Juni 2015 zunehmend auch die unfallfremden Kniebeschwerden rechts und deren Behandlung in den Vordergrund, welche jedoch – entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 6, Ziffer 3) und wie bereits dargelegt (vgl. E. 5.5.2 vorne) – adäquanzrechtlich ebenfalls unberücksichtigt zu bleiben haben. Schliesslich kommt den hinsichtlich der Fussbeschwerden links durchgeführten (auch bildgebenden) Abklärungsmassnahmen (vgl. act. IIA 311; 324 f.) und ärztlichen Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen zielgerichteten Behandlung im Sinne des hier diskutierten Adäquanzkriteriums zu (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2010, 8C_855/2009, E. 8.3.1).

Mit Blick auf die eingangs dargelegte Rechtsprechung kann somit nicht von einer im Sinne des Adäquanzkriteriums ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung hinsichtlich der unfallbedingten (und somatisch begründbaren) Beschwerden gesprochen werden, weshalb auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

5.5.4 In Bezug auf das Kriterium der Dauerbeschwerden ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (Entscheid des BGer vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 5.2.2.1). Es sind nur Schmerzen zu berücksichtigen, welche als klare Folgen eines beim Unfall erlittenen körperlichen Gesundheitsschadens erscheinen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 7. Juni 2006, U 414/05, E. 5.3).

Insoweit folgt aus den Akten, dass der Beschwerdeführer – nachdem die Schmerzen zunächst als rückläufig, wenngleich anhaltend, beschrieben wurden (act. II 61 S. 1) – namentlich nach der Metallentfernung im ... 2014 (act. II 82) über persistierende Beschwerden im linken Fuss klagte (vgl. act. II 90 S. 1; 138; 160 S. 5; 186 S. 2; IIA 248 S. 1). Allerdings beruhten diese Beschwerden – wie in E. 5.5.3 dargelegt – bereits ab März 2014 nicht ausschliesslich auf einer organischen Grundlage (vgl. act. II 110 S. 1). Im Gutachten der Begutachtungsstelle G. _____ vom 12. Dezember 2016 (act. IIA 380) hielt Dr. med. D. _____ überdies fest, die in der Untersuchung geltend gemachte Schmerzintensität sei nur zum Teil begründbar (S. 18) bzw. könne somatisch „nicht voll begründet werden“ (S. 19). Zwar erfolgte diese Einschätzung nach dem für die Adäquanzprüfung massgeblichen Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Mai 2016. Entscheidend ist jedoch, dass – wie in E. 5.5.3 hiavor ebenfalls dargelegt – gemäss gutachterlicher Einschätzung von Dr. med. V. _____ die Beschwerdesymptomatik bereits „ein paar Monate nach dem Unfall“ (S. 21) in nicht unwesentlichem Ausmass durch eine psychische Problematik mitbeeinflusst wurde, womit sich – eingedenk des hinsichtlich der Fussbeschwerden links erheblichen organischen Kerns und der dadurch bewirkten belastungsabhängigen Schmerzen (S. 24) – das Kriterium der Dauerbeschwerden somit höchstens in der einfachen Form als erfüllt erweist.

5.5.5 Es bestehen sodann weder Hinweise in den Akten noch wird eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, geltend gemacht (vgl. auch E. 4.2.1 vorne).

5.5.6 Soweit vorliegend aufgrund der bis zum Fallabschluss am 31. Mai 2016 (und darüber hinaus) erfolgten Behandlungen auf einen protrahierten Heilungsverlauf geschlossen werden könnte, so stände dieser mit Blick auf das Dargelegte (vgl. E. 5.5.3 vorne) in namhaftem Umfang auch in Zusammenhang mit der psychischen Fehlverarbeitung respektive den unfallfremden Kniebeschwerden rechts, weshalb das (sich ebenfalls allein auf die unfallbedingten somatischen Beschwerden beziehende) Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs nicht erfüllt ist. Ebenso wenig sind erhebliche Komplikationen aktenkundig.

5.5.7 Das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (BGer, 8C_123/2018, E. 5.2.2.3). Massgebend sind ferner allein die medizinischen Gesichtspunkte, wohingegen die Dauer der Taggeldzahlungen nicht relevant ist (vgl. Entscheid des EVG vom 13. November 2006, U 284/06, E. 3.7).

Nach dem Unfall vom ... 2013 war der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. Mit Bericht vom 10. Februar 2014 (act. II 93) attestierte der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D._____ in der angestammten Tätigkeit (als ...) zwar weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, erachtete jedoch eine den Leiden angepasste Tätigkeit als ganztägig zumutbar (S. 2), was er im Bericht vom 16. Februar 2015 (act. II 186) bestätigte (S. 5) und auch im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle G._____ vom 12. Dezember 2016 (act. IIA 380) als unverändert gültig erachtet wurde (S. 28). Demnach war der Beschwerdeführer nach einer knapp siebenmonatigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit (aus allein unfallbedingter Sicht) wieder zu 100% arbeitsfähig. Das Kriterium ist demnach mit Blick auf den von der Rechtsprechung entwickelten Massstab (vgl. RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 E. 3d/aa) nicht erfüllt.

5.6 Zusammenfassend ist höchstens das Kriterium der Dauerbeschwerden (in der einfachen Form) erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom ... 2013 und den hernach geklagten psychischen Beschwerden zu verneinen ist (vgl. E. 5.4.2 vorne).

6.

6.1 In Bezug auf die unfallbedingten linksseitigen Fussbeschwerden respektive den daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen hat die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 5% einen Rentenanspruch verneint (act. IIA 392 E. 5.4 S. 10). Weder wird dies vom Beschwerdeführer beanstandet noch ergeben sich aus den Akten Anhaltspunkte, wonach die Ermittlung des Invaliditätsgrades nicht korrekt wäre:

6.2 In Bezug auf das Valideneinkommen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1) hat die Beschwerdegegnerin auf das zuletzt bzw. im Jahr 2015 bei der C._____ AG erzielte monatliche Gehalt von Fr. 4'620.-- (act. IIA 292) abgestellt. Zudem hat sie zusätzlich eine mit Blick auf die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Nominallohnstatistik (vgl. Nominallohnindex, Tabelle T1.1.10, Männer, 2011 - 2017, Abschnitt F; Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5) nicht zu beanstandende Indexierung von 0.5% (act. IIA 333) berücksichtigt, woraus für das Jahr 2016 ein Valideneinkommen von Fr. 60'360.-- resultierte. Diese Annahme wirkt sich gemäss den zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. act. IIA 392 E. 5.2.2 S. 9), auf die verwiesen werden kann, insofern zu Gunsten des Beschwerdeführers aus, als die C._____ AG inzwischen liquidiert ist (vgl. Schweizerisches Handelsamtsblatt [SHAB], Eintrag Nr. 37 vom 23. Februar 2016) – mithin der Beschwerdeführer auch als Gesunder nicht mehr dort arbeiten würde – und er als (ungelernter) ... (vgl. act. II 76 S. 5) gemäss Art. 41 des Landesmantelvertrages (LMV) für das Schweizerische Bauhauptgewerbe 2016-2018 einen monatlichen Lohn von lediglich Fr. 4'477.-- bzw. Fr. 58'201.-- jährlich erzielen würde.

6.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin die Lohnangaben aus der eigenen Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) herangezogen, was grundsätzlich zulässig ist (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil ist dem Beschwerdeführer ein ganztägiger Einsatz für Überwachungsfunktionen und leichte körperliche Aktivitäten in vorwiegend sitzender Position ohne Heben und Tragen von Lasten über 5kg, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Gehen in unwegsamem Gelände zumutbar (act. II 93 S. 2; 186 S. 5; IIA 380 S. 28). Die der Berechnung des Invalideneinkommens zugrunde gelegten DAP-Profile erfüllen sowohl die Anforderungen an das Zumutbarkeitsprofil (SVR 2016 UV Nr. 13 S. 41 E. 4.6) wie auch die übrigen rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen (vgl. BGE 139 V 592 E. 6.3 S. 595, 129 V 472 E. 4.2.2 S. 480) an das Abstellen auf DAP-Löhne (vgl. act. IIA 332), und der so ermittelte Durchschnittswert von Fr. 57'298.-- (act. IIA 392 E. 5.3.2 S. 10) ist schlüssig. Indem der Beschwerdeführer

nichts Gegenteiliges vorbringt, besteht auch insoweit kein Anlass für Weiterungen (BGE 119 V 347 E. 1 S. 349).

6.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von maximal Fr. 3'062.-- (Fr. 60'360.-- - Fr. 57'298.--) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 5% (Fr. 3'062.-- / Fr. 60'360.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

Damit besteht auch bei den für den Beschwerdeführer günstigsten Annahmen kein Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG).

7.

Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. E. _____ vom 10. März 2016 (act. IIA 315) eine auf einer Integritätseinbusse von 5% basierende Integritätsentschädigung (Art. 24 f. UVG) von Fr. 6'300.-- zugesprochen (act. IIA 345 S. 2; 392 E. 6 S. 10 f.), welcher Wert anhand der Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen) ohne weiteres nachvollziehbar und im Übrigen ebenso unbestritten ist.

8.

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. Januar 2018 (act. IIA 392) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9.

9.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

9.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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