

# **BL\_GERICHTE 725 16 125 / 175 vom 30. August 2007**

BL Gerichte, 2007-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_16\\_125\\_\\_\\_175](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_16_125___175)

FR: BL\_GERICHTE 725 16 125 / 175 du 30 août 2007

IT: BL\_GERICHTE 725 16 125 / 175 del 30 agosto 2007

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 3**

Vorliegend hat die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid erwogen, dass sie in der vorangehenden Verfügung vom 27. Oktober 2014 nur die Ansprüche des Versicherten aus den 2008 und 2009 erlittenen Unfällen beurteilt habe. Soweit sich der Versicherte einspracheweise mit weiteren Unfällen auseinandersetze, sei auf die Einsprache nicht einzutreten. Der Beschwerdeführer beantragt in seiner Beschwerde in erster Linie die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz. Diese sei anzuweisen, die Unfälle von 2008 und 2009 unter Berücksichtigung zugleich des auch 2013 erlittenen Unfalls als Rückfälle zum ersten Unfallereignis von 2005 zu behandeln. Zur Begründung lässt er im Wesentlichen vorbringen, dass die ursprüngliche Rotationsinstabilität des linken OSG durch den Unfall vom 1. Juni 2009 verstärkt worden sei. Ebenfalls sei davon auszugehen, dass die Verletzung des rechten OSG und der linken Hand anlässlich des Sturzes vom 30. Dezember 2008 eine Folge der auf die Verletzung des linken OSG zurückzuführenden Gangunsicherheit sei. Die erneute Distorsion des rechten OSG im August 2013 sei ebenfalls eine Folge des ursprünglichen Unfalls gewesen. Es sei stossend, wenn die Suva vier Unfalldossiers immer zum gleichen Körperteil führe, um dann jeweils einzelne Unfälle separat mit der Begründung abzuschliessen, zu den anderen, nicht erwähnten Unfällen könnten keine Einwände vorgebracht werden, weil darüber noch nicht entschieden worden sei. Die Suva stellt sich in ihrer Vernehmlassung auf den Standpunkt, dass es für die beantragte Vereinigung der vier Unfälle an einem Anfechtungsgegenstand fehle. In Bezug auf das neueste Unfallereignis aus dem Jahre 2013 sei die medizinische Behandlung zudem noch nicht abgeschlossen.

### **E. 3.1**

Ein Rückfall im Sinne von Art. 11 UVV liegt dann vor, wenn eine vermeintlich geheilte gesundheitliche Beeinträchtigung wieder aufflackert und eine neue Heilbehandlung notwendig wird (oben, Erwägung 2.3 hiervor). In diesem Zusammenhang ist wesentlich, dass ein neues Unfallereignis begrifflich deshalb nicht als Spätfolge oder als Rückfall zu einem früheren Unfall verstanden werden kann ( Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 4 Rz. 16 mit Hinweis auf SVR 2003 UV Nr. 14). Was die beiden in den Jahren 2008 und 2009 erlittenen Unfälle betrifft, bestreitet auch der Beschwerdeführer nicht, dass es jeweils zu neuen Unfällen gekommen ist. Der alleinige Umstand, dass diese erneuten Unfälle auf eine chronische OSG-Instabilität und mithin auf eine medizinische Prädisposition zurückzuführen sind, ändert nichts am eigenständigen Charakter dieser Ereignisse. Ein Rückfall würde mit anderen Worten nur dann vorliegen,

wenn 2008 und 2009 die Schmerzen am linken OSG aus dem Jahre 2005 ohne sinnfälliges Ereignis wieder aufgeflackert wären. Dies aber ist hier nicht der Fall. Aus den gleichen Gründen kann daher auch nicht von Spätfolgen des 2005 erlittenen Unfalls gesprochen werden. Dies gilt insbesondere für das erneute Unfallereignis im Dezember 2008, bei dem sich der Versicherte gemäss Unfallmeldung vom 5. Januar 2009 den rechten Fuss am Stumentisch verdreht hat, gestolpert und dann auf die linke Hand gestürzt ist. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung sind hier offensichtlich andere Körperteile als noch im Jahre 2005 betroffen gewesen; ein Zusammenhang mit dem linken OSG fehlt deshalb von vornherein. Gleiches gilt für den im Jahre 2013 erlittenen Unfall, der ebenfalls entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (vgl. a.a.O., S. 4, Ziffer 3) nicht das 2005 in Mitleidenschaft gezogene linke OSG, sondern ebenso das rechte OSG betroffen hat. Ein Rückfall im Zusammenhang mit der ursprünglich im Jahre 2005 erlittenen OSG-Distorsion links ist insoweit begrifflich ausgeschlossen.

### **E. 3.2**

Was den 2013 erlittenen Unfall betrifft, ist überdies zu berücksichtigen, dass eine sachliche Ausdehnung des Verfahrens auf eine ausserhalb des durch den angefochtenen Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage nur dann zulässig ist, wenn der nach Erlass des Einspracheentscheids eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140 f., 501 E. 1.2 S. 503; Urteil 9C\_154/2014 vom 3. September 2014 E. 1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist hier zu verneinen. Betreffend den Unfall 2013 sind den Akten keine Hinweise zu entnehmen, dass die medizinische Behandlung abgeschlossen und mithin ein Endzustand eingetreten wäre, der es mit Blick auf Art. 19 UVG erlauben würde, bereits über die Zusprache von Dauerleistungen zu befinden.

### **E. 3.3**

Es stellt sich ohnehin die Frage, welches Rechtsschutzinteresse der Beschwerdeführer mit seinem Hauptbegehren verfolgt. Selbst wenn bei den 2008, 2009 und 2013 erneut erlittenen Ereignissen von Rückfällen auszugehen wäre, hätte diese Qualifikation weder Einfluss auf dessen Rentenanspruch noch auf die Höhe seiner Integritätsentschädigung. Es ist daran zu erinnern, dass das Unfallereignis aus dem Jahre 2005 durch das Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2009 rechtskräftig abgeschlossen worden ist. Dabei hat das Bundesgericht festgehalten, dass die vorinstanzliche Feststellung, der Beschwerdeführer habe unter alleiniger Berücksichtigung der organischen Unfallfolgen seine angestammte Tätigkeit nach dem 31. August 2007 wieder ohne Einschränkungen ausüben können, nicht zu beanstanden sei (vgl. a.a.O., E. 4.5). Damit resultiert, dass die Qualifikation der Folgeereignisse 2008 und 2009 so oder anders keinen Einfluss auf den Rentenanspruch des Versicherten haben kann. Entscheidend ist alleine, in welchem Umfang der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids aufgrund der beiden in den Jahren 2008 und 2009 erlittenen Ereignisse in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt war. Insoweit erweist sich die Frage nach einem Rückfall als irrelevant. Ein entsprechendes Rechtsschutzinteresse des Beschwerdeführers ist daher zu verneinen.

### **E. 3.4**

Aus den dargelegten Gründen ist die Suva in ihrem Einspracheentscheid vom 1. April 2016 auf den bereits einspracheweise geltend gemachten Antrag des Versicherten, die Unfälle

von 2008 und 2009 als Rückfälle zu behandeln sowie den Fallabschluss hinsichtlich des Unfalls 2013 miteinzubeziehen, zu Recht nicht eingetreten. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

#### **E. 4**

Beschränkt sich der Streitgegenstand auf die Frage der Folgen der beiden 2008 und 2009 erlittenen Unfälle, bleibt das Eventualbegehren des Beschwerdeführers strittig. Zu prüfen in diesem Zusammenhang ist zunächst, in welcher Höhe er Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung besitzt.

##### **E. 4.1**

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 ATSG, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG auf die Unfallversicherung anwendbar sind, die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Diese entspricht dem durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) aufgezeigt hat, brachte das ATSG hinsichtlich der unfallversicherungsrechtlichen Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Normenlage. Die im ATSG enthaltenen Definitionen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 ATSG) entsprechen ebenso wie die Vorschrift über die Bestimmung des Invaliditätsgrades (bei erwerbstätigen Versicherten; Art. 16 ATSG) den bisherigen, in der Unfallversicherung von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen und Grundsätzen. Die zur altrechtlichen Regelung ergangene Judikatur bleibt deshalb weiterhin massgebend (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 2004 Nr. U 529 S. 573 ff. E. 1.2-1.4; Urteil K. des EVG vom 28. Juli 2004, U 12/04, E. 1.2).

##### **E. 4.2**

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (Locher, a.a.O., S. 451 Rz 41). Rechtsprechungsgemäss liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen

allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

#### **E. 4.4**

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

#### **E. 5**

Im Zusammenhang mit den medizinischen Verhältnissen ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen Rotationsinstabilität insbesondere des linken OSG leidet, dessen operative Behandlung seit Jahren zur Diskussion gestanden, vom Versicherten jedoch stets abgelehnt worden ist. Im Folgenden sind die hierzu ergangenen, wesentlichen medizinischen Stellungnahmen kurz darzulegen.

#### **E. 5.1**

Gemäss kreisärztlichem Untersuchungsbericht vom 13. Oktober 2009 (Suva-Akt 179) werde am linken Handgelenk kein weiteres Prozedere vorgeschlagen. Bezüglich des linken OSG schlage der Kreisarzt eine orthopädische Begutachtung vor. Problematisch sei neben der objektivierbaren und nach wie vor vorhandenen Instabilität des linken OSG die Sensibilitätsstörung, welche sowohl medial als auch lateral sowie am Fussrücken und teils im Vorfussbereich imponiere. Gemäss neurologischer Abklärung liege wahrscheinlich eine

leichte Überdehnung des Nervus peroneus superficialis im Bereich des Retinaculum über der Strecksehne des Fusses vor. Da diese Nervenverletzung nicht zu einer objektivierbaren Instabilität in Bezug auf die Versorgungslage der Bänder führe, halte der Kreisarzt nach wie vor an seiner Meinung einer operativen Raffung der Bänder des OSG fest. Eine solche Operation sei nach wie vor zumutbar. Der Kreisarzt wolle nun aber eine Zweitmeinung einholen.

#### **E. 5.2**

Der kreisärztlichen Beurteilung vom 27. November 2009 (Suva-Akt 179.1) ist zu entnehmen, dass bezüglich der linken Hand kein Behandlungsbedarf bestehe. Weitere Therapien bezüglich des linken OSG seien ebenfalls nicht erfolgsversprechend, eine Operation sei insbesondere auch psychiatrisch kontraindiziert. Eine leichte OSG-Instabilität sei zwar unbestritten. Diese erkläre das Ausmass der subjektiven Beschwerden jedoch nicht. Weitere Abklärungen würden als nicht notwendig erachtet. Eine Operation am OSG links sei ganzheitlich gesehen weder sinnvoll noch zumutbar. Eine erhebliche Besserung der Klagen sei bei diesem speziellen Patienten nicht wahrscheinlich.

#### **E. 5.3**

In seiner psychiatrischen Expertise vom 31. Oktober 2009 zu Händen der IV-Stelle Basel-Stadt verneinte Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychisches Leiden von Krankheitswert, diagnostizierte beim Versicherten jedoch ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonverhalten und Selbstlimitierung sowie akzentuierte paranoide und narzisstische Persönlichkeitszüge. Der Versicherte habe durch divergierende ärztliche Meinungen, welche sich teils für, teils gegen ein operatives Vorgehen ausgesprochen hätten, zweifellos eine erhebliche Verunsicherung erlebt. Durch diese Erfahrung fühle er sich je länger je weniger ernst genommen. Dieser Umstand habe zu einer gewissen Verbitterung und zu paranoid anmutenden Ansichten über einen Teil der behandelnden Ärzte und über Versicherungen geführt. Gemäss orthopädischer Beurteilung sei ein operatives Vorgehen aufgrund der erheblich fraglichen Prognose nur mit grossen Einschränkungen als schadenmindernd zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei bezüglich eines operativen Vorgehens äusserste Zurückhaltung angebracht, zumal der Versicherten einem allfälligen Eingriff ablehnend gegenüber stehe.

#### **E. 5.4**

Dem orthopädischen Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, zu Händen der IV-Stelle Basel-Stadt vom 6. November 2009 ist zu entnehmen, dass weder bezüglich operativer Massnahmen noch bezüglich einer konservativen Behandlung eine sichere Prognose gestellt werden könne. Es sei nicht auszuschliessen, dass eine operative Stabilisation zur Verbesserung beitragen könne. Genau so wenig sei jedoch auszuschliessen, dass es durch eine Operation zu einer kompletten Dekompensation kommen könne. Aus diesem Grund sei ein operativer Eingriff nur mit grossen Einschränkungen als schadenmindernd und als zumutbar anzusehen.

#### **E. 5.5**

Gemäss dem orthopädischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Chefarzt Orthopädische Klinik des Spital I.\_\_\_\_, vom 12. Juli 2012 sei in Bezug auf das linke OSG eine chronifizierte, schwere OSG-Instabilität mit konservativem Therapieversagen zu diagnostizieren. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen, der Anamnese, dem Status und der aktuellen Bildgebung komme man zum Schluss, dass für eine Verbesserung

der OSG-Instabilität und der Schmerzsituation eine operative Therapie mittels Bandrekonstruktion indiziert wäre. Unter Hinweis auf die bisher ablehnende Haltung des Versicherten würde ein OSG-stabilisierendes Schuhwerk empfohlen. Bezüglich des erlernten Berufs als Radio- und TV-Techniker bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, weil diese Tätigkeit mit auswärtigem Kundenservice und dem Tragen von mittelschweren Lasten bis 25 Kilogramm bei klinisch deutlicher Instabilität im linken OSG nicht mehr zumutbar sei, da sie die Gefahr eines Sturzes und daraus resultierender Begleitverletzungen bringe. Eine leichte Tätigkeit mit wechselnd stehender und sitzender Belastung, wie etwa die aktuell ausgeübte Tätigkeit am Empfang eines Museums, sei dem Versicherten im Umfang von 80% mit vermehrten Pausen von zwei Stunden zumutbar. Dabei könne das Tragen von leichten bis mittelschweren Lasten zugemutet werden. Mit der Reduktion der Gesamtarbeitszeit um 20% werde dem vermehrten Zeitaufwand beim Arbeitsweg Rechnung getragen. Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder in der Höhe seien nicht mehr zumutbar. Entsprechend der Suva-Tabelle 6 liege bei Vorhandensein einer schweren OSG-Instabilität ein Integritätsschaden zwischen 5 bis 10% vor. Die drei Unfälle aus den Jahren 2005, 2008 und 2009 stünden im Zusammenhang mit den vom Patienten geäußerten Beschwerden sowie den klinischen und radiologischen Befunden. Die Kausalität sei gegeben. Eine prozentuale Wertigkeit der Unfälle für die heutigen Befunde sei retrospektiv spekulativ.

#### **E. 5.6**

Dem Schreiben des behandelnden Orthopäden, Dr. med. J.\_\_\_\_, Klinik K.\_\_\_\_, vom 17. August 2012 kann entnommen werden, dass nach wie vor keine Operationsindikation bestehe. Bei dem Versicherten würden die Schmerzen und nicht die Instabilität im Vordergrund stehen. Mittels einer Operation könnte zwar die Stabilität verbessert werden, jedoch wären die postoperativen Schmerzen allenfalls zunehmend oder gar invalidisierend, was eine völlige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte. Aus diesen Gründen sei er nicht derselben Meinung wie der Gutachter Dr. D.\_\_\_\_, der eine Operation vorgeschlagen habe.

#### **E. 5.7**

Nachdem sich der behandelnde Orthopäde erneut gegen eine operative Massnahme ausgesprochen hatte, wurde Dr. D.\_\_\_\_ vom Spital I.\_\_\_\_ um eine ergänzende Beantwortung ersucht, welche am 11. April 2013 bei der Suva einging. Daraus geht hervor, dass zur Verbesserung der vorliegenden chronischen und schweren OSG-Instabilität mit Knorpelschädigung am Talus eine Therapie mittels Bandrekonstruktion und Knorpeltherapie durchaus zumutbar sei. Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass insbesondere die Instabilitätsproblematik mit einer operativen Bandrekonstruktion verbessert werden könne. Angesichts der seit Jahren chronifizierten Schmerzproblematik sei die Wahrscheinlichkeit einer relevanten Schmerzreduktion nach operativen Interventionen eher gering. Mit Blick auf die divergierende Meinung von Dr. J.\_\_\_\_ betreffend die Operationsindikation werde an der bisherigen Argumentation festgehalten. Bei Unklarheiten werde ein Zweitgutachten bei einem ausgewiesenen Fuss- und Sprunggelenksspezialisten empfohlen.

#### **E. 5.8**

Praktisch zeitgleich wurde von der IV-Stelle Basel-Stadt ein orthopädisches Gutachten bei Prof. E.\_\_\_\_ am Spital F.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben. Dieses erging am 3. April 2013 und stellt die Diagnose einer chronifizierten Rotationsinstabilität des linken OSG bei Status

nach dokumentierten OSG-Distorsionen 2005 und 2009 sowie einen Status nach Distorsionstrauma des rechten OSG und des linken Handgelenks im Dezember 2008. Die klinischen Beschwerden würden sich mit dem typischen Beschwerdebild einer Rotationsinstabilität decken. Eine kausale Verkettung der beiden OSG-Traumata mit dem heutigen Beschwerdebild sei plausibel. Ein chirurgisches Vorgehen führe in 80 bis 90% aller Fälle einer chronischen Rotationsinstabilität zum Erfolg. Eine Operation zum jetzigen Zeitpunkt – also nach erfolgter Chronifizierung und nach Entwicklung einer psychosomatischen Symptomatik – sei sicherlich mit einer geringeren Erfolgsaussicht behaftet, scheine jedoch nach wie vor sinnvoll. Ein wichtiger Prädiktor für eine zu erwartende Verbesserung sei die bis dato kaum aufgetretene, arthrotische Degeneration des OSG, so dass eine Bandstabilisierung das mechanische Problem am Sprunggelenk zuverlässig beheben könne. Aufgrund der funktionellen und objektivierbaren OSG-Instabilität könne dem Patienten im jetzigen Zeitpunkt das Heben von Tragen von schweren Lasten sowie das Arbeiten in der Höhe und auf unebenem Untergrund nicht mehr zugemutet werden. Eine sitzende Tätigkeit mit intermittierenden kurzen Gehstrecken ohne schweres Tragen und Heben sei mindestens zu 50% zumutbar. Ob durch eine Operation bei diesem chronifizierten Verlauf und den genannten Begleitumständen aktuell noch eine relevante Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, lasse sich nicht sicher abschätzen. Aufgrund der langen Krankheitsgeschichte und der Chronifizierung der Schmerzsymptomatik sei die Eingliederungsfähigkeit zusätzlich zur objektivierbaren Problematik sicherlich und deutlich herabgesetzt.

#### **E. 5.9**

Nachdem die Suva die Beurteilung von Prof. E. \_\_\_\_ in Bezug auf die Frage nach einer Operationsindikation am 21. Juni 2013 als zu wenig aussagekräftig erachtet hatte (Suva-Akt 93), führte Prof. E. \_\_\_\_ am 18. Oktober 2013 in seinem Antwortschreiben zu Händen der IV-Stelle Basel-Stadt aus (IV-Dok 196), dass die geklagten Beschwerden durch die klinisch objektivierbare OSG-Instabilität grundsätzlich erklärbar seien. Die Angabe einer Schmerzskala von 10/10 bei Belastung sei ungewöhnlich und erscheine etwas theatralisch. Die Pathologie sei jedoch geeignet, relevante belastungsunabhängige Beschwerden und manchmal auch Ruheschmerzen hervorzurufen. Die Bandstabilisierung sei eine langjährig erprobte und meist erfolgreiche Operation. Allerdings seien die Chancen einer operativen Behandlung nach jahrelang bestehender Instabilität und rezidivierenden Distorsionen als geringer zu beurteilen. Ferner sei auf die bereits 2005 festgestellte Incompliance des Patienten betreffend Ruhigstellung hinzuweisen. Ausserdem sei in den Vorakten wiederholt eine psychische Überlagerung der Beschwerden in den Raum gestellt worden. In casu habe sich lediglich der behandelnde Orthopäde Dr. J. \_\_\_\_ gegen die Operation ausgesprochen. Inwieweit eine Operation jetzt noch zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führen könne, sei schwierig zu beurteilen. Sicherlich könne durch die Operation auch jetzt noch ein stabiler Bandapparat erreicht werden. Limitierend könnten dann noch allfällige bereits gesetzte Schäden aufgrund der langandauernden Instabilität und der Distorsionen, der im MR dargestellten Läsion der Nervus tibialis posterior Sehne und der psychischen Komponenten sein. Inwieweit die psychische Komponente einen eigenständigen Krankheitswert habe, könne nicht beurteilt werden. Aus rein orthopädischer Sicht lasse sich mit der Operation das mechanische Problem der Instabilität beheben und formal die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erhöhen, möglicherweise gar eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen. Das Ausmass der effektiven Erhöhung sei präoperativ aufgrund der komplexen und überlagerten Vorgeschichte aber nicht abschätzbar. Da Schmerzen

sowohl im Sitzen, in Ruhe als auch vermehrt unter Belastung angegeben werden, sei eine Arbeitsfähigkeit ganztags nicht realistisch. Anhand der OSG-bedingten Beschwerden sei eine Arbeit während rund sechs Stunden täglich sicherlich zumutbar.

#### **E. 5.10**

Der kreisärztlichen Beurteilung vom 11. Juni 2014 ist zu entnehmen, dass eine Operation die Stabilität im OSG ziemlich sicher wieder herstellen würde. Der Operationserfolg hänge aber nicht nur von der mechanischen Stabilität, sondern letztlich auch von der Schmerzfreiheit ab. Und gerade diese sei höchstwahrscheinlich nicht positiv beeinflussbar, da bereits ein chronifiziertes Schmerzsyndrom zu bestehen scheine. Eine erfolgreiche Operation sei also nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreichbar. Wenn die Operation erfolgreich verlaufen würde, das heisst, sowohl eine Stabilität als auch eine Schmerzreduktion bzw. eine Schmerzfreiheit erreicht würden, wäre eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben.

#### **E. 5.11**

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Juli 2014 wurden an der linken Hand bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen bei kernspintomographisch nachgewiesener scapholunärer Bandläsion und in der Folge eine Minderung der groben Kraft und Beschwerden bei repetitiver Greifbelastung festgehalten. Am rechten OSG bestünden belastungsabhängige Beschwerden mit anamnestisch angegebener Schwellneigung und kernspintomographisch nachgewiesenen Bandläsionen. Am linken OSG liege eine Rotationsinstabilität bei Status nach dokumentierten Bandläsionen mit chronifiziertem Schmerzbild vor. Es seien weiterhin ganztags leichte bis mittelschwere körperlich wechselbelastende, überwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar. Bezüglich der linken Hand seien repetitive Greif- oder Pro- und Supraspinatusbewegungen bzw. Arbeiten mit erhöhtem Kraftaufwand zu vermeiden. Bezüglich des linken und geringer auch bezüglich des rechten OSG seien Arbeiten auf unebenem Gelände, ein längeres Stehen und Gehen sowie häufiges Treppensteigen und Treppenabgehen zu vermeiden. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und Arbeiten in kauender oder hockender Stellung seien nicht mehr möglich.

#### **E. 5.12**

Gemäss dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 24. September 2015 sei betreffend die linke Hand ein Status nach Handgelenksdistorsion mit bildgebend gesicherter Läsion des dorsalen und volaren SL-Bands zu diagnostizieren. Dem Versicherten seien diesbezüglich nur noch leichte, gelegentlich auch knapp mittelschwere Tätigkeiten zumutbar. Tätigkeiten, bei welchen der Takt von aussen vorgegeben werde, seien ebenso wenig zumutbar wie Tätigkeiten, bei welchen Vibrationen auf die linke Hand übertragen würden. Im Rahmen dieses Zumutbarkeitsprofils bestünden keine zeitlichen Einschränkungen. Es stehe fest, dass die Bandläsion eine überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge sei, die dem Ereignis vom 30. Dezember 2008 zuzuordnen sei. Zum weiteren Vorgehen falle dem Kreisarzt nichts mehr ein. Es sei absolut nachvollziehbar, dass dem Versicherten keine operative Behandlung angeboten worden sei. Man sei an einem Punkt angelangt, an dem von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei.

#### **E. 5.13**

Zusammen mit ihrer Vernehmlassung hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens einen weiteren kreisärztlichen Bericht vom 6. Juli 2016 eingereicht. Darin verweist der Kreisarzt zunächst auf seine frühere, kreisärztliche Beurteilung vom 11. Juni 2014 (oben, Erwägung 5.10 hiervor). Weiter führt er aus, dass aus rein organischer Sicht durch eine Operation des OSG eine erhebliche Beschwerdereduktion zu erwarten wäre. Für eine leidensangepasste leichte, ausnahmsweise leichte bis mittelschwere körperliche, wechselbelastende, überwiegend sitzende Verweistätigkeit seien unter Berücksichtigung der weiteren Einschränkungen (Vermeidung von unebenem Gelände, kein Treppensteigen, keine körperlichen Zwangshaltungen oder Vibrationsbelastungen) keine zeitlichen Einschränkungen zu berücksichtigen. Bei einer optimal angepassten Verweistätigkeit könne keine zeitliche Einschränkung der regulären Arbeitszeit begründet werden, schon gar nicht im Hinblick auf einen verlängerten Arbeitsweg, wie er im Gutachten des Spitals I.\_\_\_\_ als Begründung genannt worden sei.

#### **E. 5.14**

Schliesslich ist auf die Stellungnahme des regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle Basel-Stadt vom 12. Mai 2016 (IV-Dok 277) hinzuweisen. Daraus geht hervor, dass die korrigierte Beurteilung des Gutachters Prof. E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2013, wonach der Versicherte während sechs Stunden täglich einer angepassten Verweistätigkeit nachgehen könne, nachvollziehbar sei. Diese Beurteilung könne für die Bemessung der Invalidität herangezogen werden, wie es bereits in der interdisziplinären Sitzung empfohlen worden sei.

#### **E. 6**

Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 15. Juli 2014 ist die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid davon ausgegangen, dass dem Versicherten eine leichte und adaptierte Verweistätigkeit ganztags zumutbar sei. Der Beschwerdeführer verweist in seiner Beschwerde zunächst auf das von der Suva veranlasste Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012 und wendet ein, dass der Kreisarzt seine Einschätzung nicht näher begründe. Die Suva vertritt in ihrer Vernehmlassung im Wesentlichen die Auffassung, dass der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers danach zu beurteilen sei, wie er sich nach einer operativen Stabilisierung des linken OSG präsentieren würde. Sowohl Dr. D.\_\_\_\_ als auch Prof. E.\_\_\_\_ hätten erklärt, dass durch die empfohlene operative Behandlung die Bandinstabilität mit grosser Wahrscheinlichkeit behoben werden könne. Dieser Eingriff sei sinnvoll und zumutbar. Der Kreisarzt sei deshalb zu Recht von der Zumutbarkeit eines solchen Eingriffs ausgegangen. Die Weigerung des Versicherten, den entsprechenden Eingriff vorzunehmen, sei nicht nachvollziehbar. Aufgrund der medizinischen Aktenlage sei denn auch davon auszugehen, dass hierfür eine psychische Beschwerdeproblematik verantwortlich sei, die jedoch nicht als unfallkausal angesehen werden könne. So führe Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten und in seinem hierzu ergangenen Ergänzungsschreiben aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer relevanten Schmerzreduktion nach einer Operation angesichts der über Jahre chronifizierten Schmerzproblematik etwas geringer einzuschätzen sei. Auch in den Berichten der orthopädischen Universitätsklinik Basel würde auf aktenkundige Belege betreffend einer mangelhaften bzw. fragwürdigen Malcompliance des Versicherten hingewiesen. Die lite pendente eingeholte Beurteilung des Kreisarztes vom 6. Juli 2015 bestätige, dass von einem operativen Eingriff nicht nur eine erhebliche Schmerzreduktion zu erwarten sei, sondern auch ein langsames Voranschreiten einer allfälligen OSG-Arthrose und ein selteneres Umknicken im oberen rechten Sprunggelenk.

Der Beschwerdeführer beanstandet replicando, dass ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den erlittenen Unfällen und allfälligen psychischen Beschwerden in der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung der Suva vom 27. Oktober 2014 verneint und nicht darauf hingewiesen worden sei, um welche psychischen Probleme es sich dabei handeln soll. Es liege keine psychische Beschwerdeproblematik vor, für welche sich die Suva auf entsprechende medizinische Berichte abstützen könne. Im Zusammenhang mit der Zumutbarkeit einer OSG-Operation verkenne die Suva, dass in den von ihr zitierten Gutachten die Möglichkeit einer Operation mit der Einschränkung erwähnt worden sei, dass damit zwar die Bandinstabilität, nicht aber die Schmerzen beseitigt würden. Auch der Kreisarzt gehe davon aus, dass die Schmerzproblematik durch eine solche Operation nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit behoben würde. Da kein günstiger Operationserfolg vorausgesagt werden könne, erweise sich ein solcher Eingriff als nicht zumutbar. Die Suva führt in ihrer Duplik im Wesentlichen aus, dass der behandelnde Orthopäde in einem früheren Zeitpunkt von einer Operation abgeraten habe. Es hätten jedoch widersprüchliche Arztmeinungen vorgelegen, was zur Einholung des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ geführt habe. Sowohl Dr. D.\_\_\_\_ als auch später Prof. E.\_\_\_\_ hätten den Erfolg einer Operation als mit 80 bis 90% wahrscheinlich bezeichnet. Der Beschwerdeführer übersehe, dass Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Gutachten aus dem Jahre 2009 ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonverhalten und Selbstlimitierung diagnostiziert habe. Dies sei zwar keine psychische Erkrankung; nichts desto trotz sei ein Zusammenhang mit den negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf erstellt. Ferner seien beim Beschwerdeführer akzentuierte Persönlichkeitszüge nachgewiesen worden. Diese psychischen Krankheitsfaktoren hätten bei der Weigerung des Versicherten, sich der strittigen Operation zu unterziehen, eine relevante wenn nicht gar massgebende Rolle gespielt. Schliesslich habe Prof. E.\_\_\_\_ die Operationsindikation unter Einschluss der psychischen Beschwerden eindeutig bejaht. Kein Arzt habe bei einem operativen Vorgehen eine vollständige Beschwerdefreiheit zu garantieren.

### **E. 6.1**

Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person gehalten, sich medizinischen und sonstigen Massnahmen zu unterziehen, die geeignet sind, die gesundheitliche Beeinträchtigung oder deren nachteilige Folgen zu mildern oder zu beheben (Urteil des EVG vom 22. April 2005, U 417/04, E. 4.5). Gemäss Art. 48 UVG ist der Versicherungsträger ermächtigt, unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung zu treffen. Der Unfallversicherer darf folglich die vorzunehmenden medizinischen Massnahmen festlegen. "Rücksichtnahme" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass lediglich verhältnismässige, d.h. zumutbare Behandlungen angeordnet werden dürfen ( Markus Fuchs , Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherungsrecht und berufliche Vorsorge [SZS] 2006, S. 303). Die Zumutbarkeit einer Operation ist zu bejahen, wenn es sich um einen erfahrungsgemäss unbedenklichen, nicht mit einer Lebensgefahr verbundenen Eingriff handelt, der mit Sicherheit oder überwiegender Wahrscheinlichkeit völlige Heilung oder doch erhebliche Besserung des Leidens und damit verbunden eine wesentliche Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erwarten lässt, der ferner nicht zu einer normalerweise sichtbaren Entstellung führt und nicht übermässige Schmerzen verursacht. Die Frage der Zumutbarkeit ist dabei aufgrund der

konkreten Umstände und mit Blick auf die betroffene Person zu beurteilen (Urteil des EVG vom 1. März 2005, U 287/03, E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. auch: Locher, a.a.O., S. 270 Rz 34). Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nie zumutbar (Art. 21 Abs. 4 Satz 3 ATSG). Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr gemäss Art. 21 Abs. 4 Satz 1 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Ergänzend bestimmt Art. 61 UVV, dass einer versicherten Person, die sich ohne zureichenden Grund weigert, sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, nur die Leistungen gewährt werden, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich gewährt werden müssten.

### **E. 6.2**

Sowohl die Rechtsfolgen bei Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten, Aktenentscheid) wie auch diejenigen bei Verletzung der Schadenminderungspflichten gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG bzw. Art. 61 UVV (Kürzung oder Verweigerung von Leistungen) können erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eintreten (Art. 43 Abs. 3 Satz 2 ATSG; Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG; BGE 134 V 194 E. 2.2). Dazu muss der Versicherungsträger die versicherte Person vorher schriftlich mahnen, sie über die rechtlichen Konsequenzen einer weiteren Verweigerung informieren und ihr eine angemessene Bedenkzeit einräumen (BGE 134 V 195 E. 3.1). Diese Vorgehensweise ist zwingend einzuhalten. Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist es, die versicherte Person auf die möglichen nachteiligen Folgen ihres Widerstandes gegen die vorgesehenen Abklärungen und Massnahmen aufmerksam zu machen und sie so in die Lage zu versetzen, in Kenntnis der wesentlichen Faktoren ihre Entscheidung zu treffen. Die versicherte Person soll nicht Folgen eines Verhaltens tragen, über dessen Auswirkungen sie sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt hat (BGE 134 V 194 E. 2.3, 122 V 218 ff.; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2005 IV Nr. 30 E. 2.2). Aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergibt sich ausserdem, dass bloss die angedrohte Rechtsfolge eintreten kann (Art. 5 Abs. 3 und Art. 9 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 [BV], Locher, a.a.O., S. 446 Rz 13 mit Verweis auf Art. 40 Abs. 2 ATSG).

### **E. 6.3**

Im vorliegenden Fall ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten geblieben, dass die Suva das erforderliche Mahn- und Bedenkzeitverfahren am 5. Februar 2014 in formeller Hinsicht korrekt eingeleitet hat (vgl. Suva-Akt I/109). Soweit die Suva in diesem Schreiben unter Verweis auf die Beurteilung von Prof. E.\_\_\_\_ die Erfolgsaussichten einer Bandstabilisierungs-Operation des linken OSG als günstig bezeichnet hat und daraus nunmehr ableitet, dass der Versicherte einer adaptierten Verweistätigkeit hypothetisch zu 100% nachgehen könnte, falls er die fragliche Operation durchgeführt hätte, greift ihre Betrachtungsweise allerdings zu kurz. Die verschiedenen Gutachter sind sich zwar einig, dass bei einer chronischen Bandinstabilität des OSG die operative Bandrekonstruktion grundsätzlich das Mittel der Wahl ist und eine solche Operation in einem überwiegenden Anteil der Fälle grundsätzlich auch zu einem Erfolg führen kann. Auf den vorliegenden konkreten Fall bezogen hat Prof. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2013

aber relativierend festgehalten, dass die Chancen einer operativen Behandlung nach jahrelang bestehender Instabilität und rezidivierenden Distorsionen sowie nach bildgebend nachgewiesener Nervenläsion und der psychischen Leidensgeschichte des Versicherten geringer sind. Gestützt auf diese Einschätzung ist entgegen der von der Suva vertretenen Auffassung demnach zunächst festzustellen, dass nicht nur psychische Komponenten, sondern in erster Linie somatische Befunde die Erfolgchancen der strittigen Operation nachweisbar schmälern. Bezeichnend für die letztlich unsichere Prognose ist in diesem Zusammenhang sodann die Aussage des orthopädischen Gutachters, dass sich mit einer solchen Operation zwar das mechanische Problem der Instabilität und damit "formal" die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit erhöhen, nichts desto trotz sich das Ausmass der effektiven Erhöhung jedoch nicht abschätzen lasse (vgl. Antwortschreiben von Prof. E.\_\_\_\_ vom 18. März 2013, oben, Erwägung 5.9 hiervor).

#### **E. 6.4**

Bei dieser Sachlage kann nicht davon gesprochen werden, dass der Erfolg einer operativen Bandstabilisierung im Sinne der rechtssprechungsgemässen Kriterien abschätzbar und damit auch wirklich zumutbar wäre. Das Gegenteil ist der Fall. Obschon eine operative Behandlung seit Jahren zur Diskussion steht, wurde sie vom behandelnden Orthopäden schon früh und vehement mit der Begründung verneint, dass nicht die Instabilität als solche, sondern die Schmerzproblematik des Versicherten im Vordergrund steht (vgl. Schreiben von Dr. J.\_\_\_\_ vom 17. August 2012, Erwägung 5.6 f.). Diese Auffassung deckt sich nicht nur mit den Schlussfolgerungen im orthopädischen Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 6. November 2009, sondern letztlich auch mit der Auffassung des Kreisarztes der Beschwerdegegnerin. Dieser kommt in seiner Stellungnahme vom 11. Juli 2014 nämlich ebenfalls zum Schluss, dass der Operationserfolg nicht nur von der mechanischen Stabilität des OSG, sondern auch von einer Schmerzfreiheit abhängig ist. Es ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen, dass die Zumutbarkeit einer Operation nur dann bejaht werden kann, wenn mit dem fraglichen Eingriff mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Besserung des Leidens ohne übermässige Schmerzen erreicht werden kann (vgl. oben, Erwägung 6.1 hiervor). Diese Voraussetzung liegt im konkreten Fall des Versicherten aber gerade nicht vor. In seiner abschliessenden Beurteilung vom 11. Juni 2014 geht der Kreisarzt vielmehr davon aus, dass die Schmerzsituation höchstwahrscheinlich nicht positiv beeinflussbar ist. Er begründet diese Auffassung nachvollziehbar mit dem bereits von Dr. D.\_\_\_\_ schlüssig erhobenen Befund eines chronifizierten Schmerzsyndroms. Auch dieser Gutachter hatte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. April 2013 bereits darauf hingewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Schmerzreduktion nach einer operativen Intervention nur gering ist (vgl. oben, Erwägung 5.7 hiervor). Es erstaunt deshalb nicht, dass auch der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 11. Juni 2014 zum Ergebnis gekommen ist, dass ein Erfolg der fraglichen Bandstabilisierung nicht mit hoher, sondern nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreichbar sein wird. Diese Auffassung deckt sich auch mit der Meinung des orthopädischen Gutachters Dr. H.\_\_\_\_, wonach nicht auszuschliessen ist, dass eine operative Stabilisation zur Verbesserung beitragen, jedoch genau so wenig ausgeschlossen werden kann, dass es durch eine Operation zu einer kompletten Dekompensation kommen könne (vgl. oben, Erwägung 5.4 hiervor). Berücksichtigt man schliesslich die deckungsgleiche Einschätzung des behandelnden Orthopäden, dass die von der Suva beabsichtigte Bandstabilisierung zu zunehmenden oder gar invalidisierenden Schmerzen führen könne (vgl. oben, Erwägung 5,6 hiervor), erweist sich ein Behandlungserfolg, wie ihn die Beschwerdegegnerin postuliert, als rein spekulativ.

Zusammenfassend kann bei der aufgezeigten Aktenlage nicht davon gesprochen werden, dass mit dem fraglichen Eingriff eine erhebliche Verbesserung des Leidens ohne Verursachung übermässiger Schmerzen erreicht werden kann. Dessen Zumutbarkeit ist daher zu verneinen.

#### **E. 6.5**

An diesem Zwischenergebnis ändert auch nichts, dass Dr. G.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten Ende Oktober 2009 ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonverhalten und Selbstlimitierung diagnostiziert hatte. Zum einen liegt diese Expertise mit Blick auf die hier massgebenden Verhältnisse im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids knapp 6 ½ Jahre zurück. Wie die Suva in ihrer Duplik zu Recht ausführt, stellt diese Diagnose keine psychische Erkrankung dar. Wesentlich ist jedoch, dass ein operatives Vorgehen im vorliegenden Fall in erster Linie aus orthopädischen Gründen als unzumutbar taxiert werden muss (oben Erwägung 6.3 hiervor; vgl. auch die kreisärztliche Beurteilung vom 27. November 2009 und die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 31. Oktober 2009, oben Erwägung 5.2 f. hiervor). Ob und in welchem Umfang auch wegen allfälligen psychischen Krankheitsfaktoren bezüglich eines operativen Vorgehens eine grosse Zurückhaltung angebracht ist, kann deshalb letztlich ebenso offen bleiben wie die Frage, ob psychische Faktoren bei der Weigerung des Versicherten, sich der strittigen Operation zu unterziehen, eine relevante oder gar massgebende Rolle gespielt haben.

#### **E. 6.6**

Erweist sich eine operative Bandstabilisierung als nicht zumutbar, ist in einem weiteren Schritt zu prüfen, wie hoch die dem Beschwerdeführer noch verbleibende Restarbeitsfähigkeit ohne einen solchen Eingriff ausfällt. Nachdem der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 11. Juni 2014 offensichtlich nur unter der Voraussetzung einer hypothetischen Bandstabilisierungsoperation von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit ausgegangen ist, ist der orthopädischen Stellungnahme von Prof. E.\_\_\_\_\_ zu dessen Gutachten vom 18. Oktober 2013 zu entnehmen, dass eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. Da Schmerzen sowohl im Sitzen, in Ruhe wie auch vermehrt unter Belastung angegeben werden, sei eine Arbeit während lediglich sechs Stunden täglich zuzumuten. Wie bereits der Stellungnahme des RAD der IV-Stelle Basel-Stadt vom 12. Mai 2016 entnommen werden kann (vgl. oben, Erwägung 5.14 hiervor), ist diese Einschätzung nachvollziehbar und schlüssig begründet. Wenn der Kreisarzt der Suva in seiner neuesten Beurteilung vom 6. Juli 2016 (vgl. oben, Erwägung 5.13) demgegenüber von einer ganztägigen Restarbeitsfähigkeit ausgeht, kann ihm nicht gefolgt werden. Zum einen verweist der Kreisarzt in dieser Stellungnahme auf seine frühere Beurteilung vom 11. Juni 2014. Wie soeben dargelegt stand jene Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit aber unter der Prämisse einer erfolgreichen, jedoch als unzumutbar zu qualifizierenden OSG-Operation. Zum anderen geht der Kreisarzt in seiner jüngsten Beurteilung vom 6. Juli 2016 mit keinem Wort auf die abweichende Einschätzung des orthopädischen Gutachters E.\_\_\_\_\_ ein. Seine Einschätzung vermag deshalb nicht zu überzeugen. Auch den übrigen ärztlichen Stellungnahmen lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, dass und weshalb von der vom RAD als schlüssig qualifizierten Einschätzung von Prof. E.\_\_\_\_\_ abzuweichen wäre. Mit Blick auf den 2008 erlittenen Unfall ist schliesslich zu berücksichtigen, dass die an der linken Hand erlittenen Verletzungen quantitativ keine zusätzlichen Einschränkungen mit

sich bringen. In der zwischen den Parteien zu Recht unbestritten gebliebenen Beurteilung vom 24. September 2015 (vgl. oben, Erwägung 5.12 hiervor) geht der Kreisarzt einzig von qualitativen Einschränkungen aus, wonach nebst nur noch leichten bis gelegentlich knapp mittelschweren Arbeiten keine Tätigkeiten mehr zumutbar sein werden, bei welchen der Takt von aussen vorgegeben wird, oder bei welchen Vibrationen auf die linke Hand übertragen werden. Im Rahmen dieses Zumutbarkeitsprofils bestehen jedoch keine zeitlichen Einschränkungen. Gestützt auf die Einschätzung von Prof. E. \_\_\_\_ ist im Ergebnis deshalb von einer dem Beschwerdeführer noch verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 72% auszugehen (5 x 6 Stunden pro Tag = 30 Stunden pro Woche/41,7 durchschnittliche Wochenarbeitszeit).

7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen. Gemäss Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad vorliegend aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 104 V 136).

Rechtsprechungsgemäss sind für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend (BGE 129 V 222, 128 V 174). Vorliegend ist dem Versicherten die Invalidenrente, deren Höhe strittig ist, gestützt auf das Abschlusschreiben der Suva vom 22. Oktober 2014 mit Wirkung ab 1. November 2014 zugesprochen worden. Dem Einkommensvergleich sind demnach die in diesem Zeitpunkt gegebenen Einkommensverhältnisse zu Grunde zu legen.

7.2 Bei der Bemessung des für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat, auszugehen ist (Urteil I. des EVG vom 26. November 2002 [I 491/01], E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Hintergrund bildet die empirische Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 E. 3b). Lässt sich auf Grund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, sind Erfahrungs- und Durchschnittswerte heranzuziehen (AHI 1999 S. 240 E. 3b). Auf diese darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 205 f.).

7.3 Bei der Bemessung des Valideneinkommens hat die Suva auf das zuletzt als Radio- und Fernsehtechniker erzielte Einkommen des Beschwerdeführers bei der B. \_\_\_\_ AG abgestellt. Dabei hat sie übersehen, dass dieses Arbeitsverhältnis durch die Arbeitgeberin aus wirtschaftlichen Gründen bereits am 27. Juni 2005 und mithin noch vor dem ersten Unfallereignis vom 30. Juli 2005 aufgelöst worden ist (vgl. IV-Dok 8.1, S. 3, 7 und 9; ebenfalls Zusammenfassung der

Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung vom 24. Oktober 2014, Suva-Akt I/162, S. 3 oben). Damit ist zugleich klargestellt, dass der Beschwerdeführer hypothetisch nicht mehr den Lohn erzielt hätte, den ihm seine frühere Arbeitgeberin bis anhin ausbezahlt hatte. Da der Stellenverlust mit anderen Worten aus invaliditätsfremden Gründen erfolgt ist und sich nicht abschliessend beantworten lässt, wie sich die berufliche Laufbahn des Beschwerdeführers im Gesundheitsfall weiter entwickelt hätte, ist sein Validenlohn anhand der Tabellenlöhne der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) per 2012 zu ermitteln (BGE 126 V 76 E. 3b/bb; AHI 1999 S. 240 E. 3b). Der Beschwerdeführer hat zwar keine Berufslehre absolviert, verfügt aber über eine dreijährige Anlehre als Radiotechniker. Vor der Tätigkeit bei seiner letzten Arbeitgeberin war er seit 1983 als technischer Mitarbeiter bzw. als Techniker im Innendienst und Kundenberater sowie zwischen 1991 bis 1998 als Hauswart bzw. als Raumpfleger im Nebenamt tätig (Lebenslauf, IV-Dok 8.1, S. 5). Angesichts dieses breiten Fächers an bisherigen Tätigkeiten und der damit verbundenen langen Berufserfahrung ist für das Valideneinkommen auf den Totalwert des Kompetenzniveaus 2 der LSE 2012 abzustellen. Auf dieser Basis ergibt sich ein an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit und die Nominallohnentwicklung (Jahre 2012 bis 2014; vgl. oben, Erwägung 7.1 a.E. hiervor) von 1,5% angepasstes, hypothetisches Valideneinkommen des Versicherten in der Höhe von CHF 73'024.— pro Jahr (vgl. LSE 2012, T1, Totalwert, Kompetenzniveau 2, Spalte Männer; CHF 5'751.— x 12 Monate/40 x 41,7 Stunden x 1,015 Nominallohnentwicklung). 7.4 Was das Invalideneinkommen betrifft, ist ebenfalls der Totalwert der LSE 2012 heranzuziehen. Weil dem Versicherten seine bisherige Tätigkeit als Radio- und Fernstechniker nicht mehr zumutbar ist, muss indessen auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt werden (orthopädisches Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012 sowie von Prof. E.\_\_\_\_\_ vom 3. April 2013, oben, Erwägungen 5.5 und 5.8 hiervor). Nach Anpassung an die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von ebenfalls 41,7 Stunden und die Nominallohnentwicklung von ebenfalls 1,5% resultiert bei einer noch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 72% ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 48'409.— (vgl. LSE 2012, Tabelle T1, Totalwert, Kompetenzniveau 1; CHF 5'295.— x 12 Monate/40 x 41,7 Stunden x 1,015 Nominallohnentwicklung x 72% Restarbeitsfähigkeit; vgl. oben, Erwägung 6.6. a.E. hiervor). 7.5 Rechtsprechungsgemäss ist über die ärztliche Bezeichnung der massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung hinaus zusätzlichen Einschränkungen mit einem leidensbedingten Abzug Rechnung zu tragen (BGE 126 V 75). Dabei rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, allerdings keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgehenden Abzug (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2015, 8C\_710/2014, E. 4.2 mit Hinweis). Im hier vorliegenden Fall ist dem Versicherten allerdings nur noch eine teilzeitliche Beschäftigung im Umfang von 72% zumutbar (vgl. oben, Erwägung 6.6. a.E. hiervor). Wie die Suva bereits in ihrem Einspracheentscheid vom 1. April 2016 zu Recht festgehalten hat, ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen nur noch leichte bis gelegentlich knapp mittelschwere Arbeiten ausüben kann. Ausserdem sind ihm aufgrund der unfallbedingten Restfolgen an der linken Hand keine Tätigkeiten mehr zumutbar, bei welchen der Takt von aussen vorgegeben wird, oder bei welchen Vibrationen auf die linke Hand übertragen werden. Eine allfällige, auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückzuführende Lohneinbusse in Bezug auf die linke Hand ist mit der Reduktion der noch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 72% dabei noch nicht abgedeckt,

weshalb auch dieser Umstand Lohn mindernd zu berücksichtigen und insgesamt ein Abzug von 10% vom statistischen Durchschnittslohn vorzunehmen ist. Ein darüber hinausgehender leidensbedingter Abzug lässt sich hingegen nicht rechtfertigen, andernfalls die unfallbedingten Restfolgen, welche sich bereits in einer Reduktion des noch zumutbaren Pensums von 72% niederschlagen, doppelt berücksichtigt würden. Bei dieser Sachlage ergibt sich ein für den Beschwerdeführer massgebendes Invalideneinkommen von CHF 43'568.— (CHF 50'878.— x 90%; vgl. Erwägung 7.4 hiervor) und damit in Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von CHF 73'024 (vgl. oben, Erwägung 7.3 a.E. hiervor) ab November 2014 (vgl. oben, Erwägung 7.1 a.E. hiervor) ein Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung gestützt auf einen IV-Grad von 40%.

8.1 Zu prüfen bleibt die Höhe der dem Versicherten zugesprochene Integritätsentschädigung. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Satz 2). Laut Art. 25 Abs. 1 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft, wobei sie den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen darf. Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 219 E. 2a; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet.

8.2 Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 Satz 1). In diesem Zusammenhang hat die SUVA in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der SUVA Nr. 57 bis 59 herausgegebenen Tabellen (teilweise geändert und ergänzt in den nachfolgenden Mitteilungen) sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c, 116 V 157 E. 3a mit Hinweis).

8.3 Bei der Bestimmung des Schweregrades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Tatfrage, für deren Beantwortung Verwaltung und Gerichte ebenfalls auf fachärztliche Mithilfe angewiesen sind. Dem Gericht ist es nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selber vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen offen gelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt und von einem medizinischen Laien keine zuverlässige Zuordnung erwartet werden kann. Die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen obliegt somit den ärztlichen Sachverständigen (Urteil A. des Bundesgerichts vom 23. April 2007, U 121/06, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

8.4 In ihrer Verfügung vom 30. Juni 2011, welche sie mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2011 bestätigte, sprach die Suva

dem Beschwerdeführer für die verbliebene Beeinträchtigung aus den beiden in den Jahren 2008 und 2009 erlittenen Unfallereignissen eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 10% zu. Diese Einschätzung begründete sie damit, dass die Beschwerden weder an der linken Hand noch am rechten OSG eine Integritätsentschädigung rechtfertigen würden. In Bezug auf das linke OSG sei die schmerzhafte Rotationsinstabilität in etwa mit einer schmerzhaften Funktionsstörung nach Mittelfussfrakturen oder Luxationsfrakturen im Lisfranc-Gelenk gleichzusetzen, wonach gemäss Tabelle 2.2 ein Ermessensspielraum zwischen 10 bis 20% gegeben sei. 8.5 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens lässt der Versicherte im Wesentlichen vorbringen, dass der Kreisarzt der Suva in seiner Beurteilung vom 15. Juli 2014 zwar von einem Ermessensbereich von 10 bis 20% ausgehe, den Integritätsschaden aber dennoch auf lediglich 10% festlege. Angesichts der chronifizierten OSG-Instabilität an beiden Füessen sei eine Ausschöpfung des Spielraums nach oben gerechtfertigt. Ausserdem sei der Schaden an der linken Hand zu Unrecht nicht in die Beurteilung mit einbezogen worden. Die einhergehende Bewegungseinschränkung und Schmerzhaftigkeit sei mit einer Periarthrosis humeroscapularis vergleichbar und mit 5% zu bemessen, was letztlich zu einer Integritätseinbusse von 25% führe. Die Suva stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Argumentation des Beschwerdeführers würde jegliche medizinische Begründung abgehen. Der Kreisarzt habe seine Einschätzung unter Hinweis auf die Tabelle 2.2 nachvollziehbar begründet. Diese Einschätzung werde auch durch das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012 bestätigt. 8.6 Was zunächst die gesundheitliche Beeinträchtigung an der linken Hand des Versicherten betrifft, liegt den Akten die Beurteilung des Integritätsschadens vom 15. Juli 2014 zu Grunde (Suva-Akt I/135). Demgemäss würden die bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen bei kernspintomographisch nachgewiesener scapholunärer Bandläsion mit Minderung der groben Kraft und Folgebeschwerden bei repetitiver Greifbelastung keine Integritätseinbusse begründen (Suva-Akt I/135). Diese Beurteilung deckt sich mit den Ergebnissen, zu welchen der Kreisarzt ein Jahr später anlässlich einer der Abschluss-Untersuchung vom 24. September 2015 gelangt war (vgl. oben, Erwägung 5.12). Auch daraus geht hervor, dass trotz einer Läsion des dorsalen und volaren SL-Bands und der daraus resultierenden Einschränkung des Leistungsprofils eine weiterhin gute Funktion der linken Hand besteht und deshalb vorerst kein Integritätsschaden besteht. Diese kreisärztlichen Beurteilungen sind nicht zu beanstanden. Gemäss den bildgebenden Befunden liegt am linken Handgelenk eine lediglich leichtgradige Rhizarthrose vor (Suva-Akt I/92, Arthro-MRI-Befund der Klinik K.\_\_\_\_ vom 24. August 2015). Diese kann der massgebenden Tabelle 5 der Suva zufolge aber keine Integritätseinbusse begründen. Soweit der Beschwerdeführer die Auffassung vertritt, dass die Bewegungseinschränkung und Schmerzhaftigkeit an der linken Hand mit einer Periarthrosis humeroscapularis vergleichbar seien, ist ihm ausserdem entgegen zu halten, dass eine Rhizarthrose (Arthrose des Daumensattelgelenks) eine von einem Schulterschmerzsyndrom klar unterscheidbare Gesundheitsschädigung darstellt, die dem von ihm postulierten Vergleich schlicht nicht zugänglich ist. In Bezug auf die linke Hand ist demnach kein Integritätsschaden ausgewiesen. 8.7 In Bezug auf die Fussproblematik des Beschwerdeführers ist zunächst ebenfalls auf die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens vom 15. Juli 2014 zu verweisen: Demnach sei für die schmerzhafte Rotationsinstabilität am linken OSG ein Ermessensspielraum zwischen 10 bis 20% gegeben; die Beschwerden am rechten OSG würden hingegen keinen Integritätsschaden begründen (SUVA-Akt I/135). Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, dass eine

Integritätseinbusse auch für das rechte OSG geschuldet sei, ist ihm entgegen zu halten, dass sowohl Dr. D.\_\_\_\_ als auch Prof. E.\_\_\_\_ in ihren Gutachten vom 12. Juli 2012 bzw. vom 3. April 2013 lediglich am linken Fuss eine chronifizierte schwere OSG-Instabilität diagnostiziert haben. Am rechten Fuss liegt hingegen lediglich ein Status nach Distorsionstrauma vor (vgl. oben, Erwägungen 5.6 und 5.8 hiervor). Den medizinischen Akten kann ausserdem nicht entnommen werden, dass diese Gesundheitsschädigung voraussichtlich dauerhaft und im gleichen Umfang weiter bestehen wird (vgl. oben, Erwägung 8.1). Die Schlussfolgerung des Kreisarztes, dass (vorerst) nur die Beschwerden am linken OSG einen Integritätsschaden begründen können, erweist sich vor diesem Hintergrund daher als schlüssig und nachvollziehbar. In Abweichung zur kreisärztlichen Einschätzung vom 15. Juli 2014 hat sich Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten für die Schätzung sodann des entsprechenden Integritätsschadens am linken Fuss auf Tabelle 6 der Suva betreffend Gelenksinstabilitäten abgestützt und den Schaden auf 5 bis 10% festgesetzt (vgl. oben, Erwägung 5.5 hiervor). Demgegenüber geht der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 15. Juli 2014 davon aus, dass der Gesundheitsschaden am linken OSG in etwa einer schmerzhaften Funktionsstörung nach Mittelfussfrakturen oder Luxationsfrakturen im Lisfranc-Gelenk gleichzusetzen sei. Dies führt ihn zur Anwendung der Tabelle 2.2, welche hierfür eine Integritätseinbusse von 10 bis 20% vorsieht. Sein Abweichen von der von Dr. D.\_\_\_\_ vorgenommenen Tabellenwahl begründet der Kreisarzt aber nicht. Da gemäss den medizinischen Akten am linken Fuss weder eine eigentliche Luxationsfraktur im Lisfranc-Gelenk noch eine Mittelfussfraktur, sondern eine schwere OSG-Instabilität mit Knorpelschädigung des Talus vorliegt (vgl. oben, Erwägung 5.7), erweist sich die von Dr. D.\_\_\_\_ herangezogene Tabelle 6 als sachgerecht. Angesichts des gemäss Tabelle 6 maximal in Betracht zu ziehenden Integritätsschadens im Umfang von 10% für schwere OSG-Instabilitäten kann jedenfalls nicht gesagt werden, die vorinstanzliche Festsetzung des Integritätsschadens im Umfang von 10% erwiese sich als unangemessen oder gar als unzutreffend. 8.8 Zusammenfassend lässt sich die Höhe der Integritätsentschädigung, welche die Suva dem Versicherten für die verbliebene Beeinträchtigung aus den Unfallereignissen der Jahre 2008 und 2009 zugesprochen hat, nicht beanstanden. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2011 erhobene Beschwerde erweist sich in diesem Zusammenhang als unbegründet, weshalb sie in diesem Punkt abzuweisen ist. 9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Für das vorliegende Verfahren sind demnach keine Kosten zu erheben. 9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nachdem der Beschwerdeführer grösstenteils obsiegt hat, hat er Anspruch auf den Ersatz seiner Parteikosten. Sein Rechtsvertreter hat in der Honorarnote vom 25. April 2017 einen Zeitaufwand von 32 ½ Stunden geltend gemacht. Hiervon abzuziehen ist der für das vorangehende Einspracheverfahren ausgewiesene Aufwand von 12 ½ Stunden. Zuzüglich einer zusätzlichen Stunde für nachprozessuale Bemühungen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2012, 9C\_387/2012) resultiert ein Gesamtaufwand 21 Stunden, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Die zeitlichen Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250. -- zu entschädigen. Hinzu kommen die in der Honorarnote für das Beschwerdeverfahren

ausgewiesenen Auslagen von Fr. 67.--. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'317.— (21 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 67.— ohne 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t: ://: 1. Soweit eingetreten werden kann wird der Einspracheentscheid der Suva vom 1. April 2016 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2014 Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung basierend auf einem IV-Grad von 40% besitzt. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'317.— (inklusive Spesen, ohne Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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