

GR_GERICHTE S 2021 10 vom 7. Juni 2022

GR Gerichte, 2022-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2021 10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_10)

FR: GR_GERICHTE S 2021 10 du 7 juin 2022

IT: GR_GERICHTE S 2021 10 del 7 giugno 2022

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, geboren 1965, deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in B._____, war seit dem 1. Januar 2011 bei der Firma C._____ in D._____ als Tormonteur tätig und über dieses Arbeitsverhältnis bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA) obligatorisch gegen Unfälle versichert, als er am 14. Dezember 2015 bei der Arbeit auf einem vereisten Holzbalken ausrutschte und zu Boden prallte und sich dabei eine schwere Distorsionsverletzung des oberen Sprunggelenks zuzog. Seither war A._____ arbeitsunfähig und seit Ende August 2016 zudem ohne Anstellung. Die SUVA erbrachte für den Unfall vom 14. Dezember 2015 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld).

E. 2

Mit Verfügung vom 4. November 2019 sprach die SUVA dem Versicherten für die Folgen des Unfalls eine Invalidenrente gemäss UVG auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 29 % ab dem 1. November 2019 bei einem versicherten Verdienst von CHF 70'015.-- sowie eine Integritäts-entschädigung bei einer Einschränkung von 20 % zu.

E. 3

Die dagegen von A._____ erhobene Einsprache vom 3. Dezember 2019, mit der er die Zusprechung einer Invalidenrente von mindestens 50 % beantragte, wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 ab.

E. 3.1

Vorliegend unbestritten blieb, dass der Endzustand erreicht ist und dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Tormonteur nicht mehr zuzumuten ist sowie das Valideneinkommen (VEK) von CHF 69'095.-- (vgl. Bg-act. 365). Einspracheweise nicht beanstandet wurde zudem die zugesprochene Integritätsentschädigung, womit die seinerzeit angefochtene Verfügung diesbezüglich in (Teil-)Rechtskraft erwachsen ist. Umstritten und Streitgegenstand ist hingegen die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und damit die Höhe des Rentenanspruchs. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 29 % zu, während der Beschwerdeführer eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % beantragt. Bei der Beurteilung der vorliegend strittigen Frage ist der Sachverhalt zu berücksichtigen, der sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids verwirklicht hat (vgl. BGE 142 V 337 E.3.2.2). Massgeblich ist dabei der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 141 V 15 E.3.1, 138 V 218 E.6).

E. 3.2

Im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 gelangte die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass auf die kreisärztlichen Einschätzungen der verbliebenen Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden könne.

Demzufolge sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Tormonteur

- 7 - unfallbedingt nicht mehr zumutbar. Aus medizinischer Sicht könne der Versicherte trotz den verbleibenden Unfallrestfolgen am rechten Fussgelenk leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung (überwiegend sitzend) ohne Arbeiten auf unebener Unterlage, ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne Tätigkeiten in kniender oder kauender Körperposition, während sechs Stunden täglich (zusätzliche Pausen) also mit einer Arbeitsfähigkeit von 72 % ausüben. Nachfolgend gilt es somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. med. G._____ und Dr. med. H._____ abgestellt hat oder ob diese durch die übrigen medizinischen Akten in Zweifel gezogen werden. 4. Nach den Akten präsentiert sich der Beschwerde-, Behandlungs- und Beurteilungsverlauf des Beschwerdeführers im Wesentlichen wie folgt:

E. 4

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 26. Januar 2021 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit den Anträgen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer ab dem 1. November 2019 eine SUVA-Rente auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 % zuzusprechen; eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache

- 3 - zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese anzuweisen, ein chirurgisches, allenfalls polydisziplinäres Gutachten einer unabhängigen Gutachterstelle durchzuführen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zzgl. Mehrwertsteuer gemäss Gesetz. Der Beschwerdeführer schildert ausführlich seine Unfall- und Behandlungsgeschichte und die kreisärztlichen Beurteilungen in den Jahren 2016, 2017, 2018, 2019 und 2020 (siehe in den nachfolgenden Erwägungen 4.2 ff.). Er macht im Wesentlichen eine Inkonsistenz geltend zwischen der kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Oktober 2018 und der kreisärztlichen Abschlussbeurteilung vom 9. Oktober 2019, welche das Zumutbarkeitsprofil und die Leistungsfähigkeit anbelangt (vgl. Beurteilung Dr. med. F._____, Fachärztin für Chirurgie FMH, MAS Versicherungsmedizin, FA Vertrauensärztin SGV vom 30. November 2019). Ein Vergleich der klinisch erhobenen Befunde gemäss kreisärztlichem Bericht vom 18. Oktober 2018 mit denjenigen der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 9. Oktober 2019 ergebe, dass das Beschwerdebild im Vergleich zur Voruntersuchung vom Oktober 2018 "leider nicht gelindert werden konnte", so dass tendenziell eine Verschlechterung der medizinischen Situation, bestenfalls ein Status idem, bestehe, aber keinesfalls eine Verbesserung seines Gesundheitszustands. Es sei daher nicht schlüssig, dass der Beschwerdeführer mit kreisärztlichem Bericht vom 18. Oktober 2018 in angepasster Tätigkeit über eine Arbeitsfähigkeit resp. Leistungsfähigkeit von zwei mal zwei Stunden täglich verfügt haben soll und ein Jahr später im Oktober 2019, bei fehlender Linderung des Beschwerdebildes und tendenzieller Verschlechterung der klinischen Befunde, über eine Arbeitsfähigkeit resp. Leistungsfähigkeit in angepasster

Tätigkeit (überwiegend sitzend) von sechs Stunden täglich.

E. 4.1

Der Arbeitsunfall ereignete sich am 14. Dezember 2015 auf der Baustelle I._____ in J._____ (vgl. Bg-act. 1 und 35). Die notfallmässige Erstversorgung erfolgte am 15. Dezember 2015 im Kantonsspital J._____, wo eine OSG Distorsion rechts vom 14. Dezember 2015 mit/bei Gelenkerguss bei OAK mittels Xarelto bei VHF sowie ein St. n. mehrfacher Bandläsion rechts diagnostiziert wurden (vgl. Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 1). Am 19. Februar 2016 erfolgte im Spital K._____ bei der Hauptdiagnose einer fortgeschrittenen traumatisierten OSG-Arthrose (Unfall 13. [recte: 14.] Dezember 2015) mit vollständiger Knorpelglatze an der medialen Taluskante, Osteophyten an der ventralen Tibiakante, interponierenden Plicae und störendem freiem Fragment an der Fibulaspitze anterior rechts die operative Behandlung der Unfallfolgen, wobei eine OSG-Arthroskopie rechts mit Gelenkstoilette (Entfernung Plicae, Osteophyten ventrale Tibiakante, Forage perkutan an der medialen Taluskante) sowie eine antero-laterale Mini-Arthrotomie Fibulaspitze mit Entfernung eines freien Flake vorgenommen wurden. Der behandelnde Arzt erachtete eine Arthrodese/Sprunggelenks-Prothese als verfrüht,

- 8 - empfahl vielmehr die Evaluation von allfällig persistierenden Beschwerden mit möglicherweise auch noch medialer Arthrotomie und Flake-Entfernung an der medialen Malleolenspitze, abhängig von den lokalisierten Hauptbeschwerden (vgl. Bg-act. 17). Im Arztszeugnis UVG des Kantonsspitals J._____ vom 22. Februar 2016 wurde die Diagnose OSG Distorsion rechts und als Befund ein Hypertensionstrauma des rechten Fusses, minime Schwellung mit Druckdolenz über dem Malleolus lateralis, kein Hinweis auf knöcherne Verletzungen festgehalten (vgl. Bg-act. 23 und 24).

E. 4.2

Am 25. Februar 2016 erfolgte die erste kreisärztliche Beurteilung durch Dr. med. G._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Er beurteilte eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands sowie Status quo sine drei Monate nach Operation, wobei er von der Erlangung der teilweisen Arbeitsfähigkeit sechs bis acht Wochen nach der Operation ausging. Er beschrieb die Prognose zur Wiedererreichung der vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als günstig und rechnete nicht mit Restfolgen oder Dauerschaden aufgrund des Unfallereignisses (vgl. Bg-act. 20).

E. 4.3

Mit Bericht vom 31. März 2016 über die Nachkontrolle vom 30. März 2016 am Spital K._____ wurde der Beschwerdeführer weiterhin als 100 % arbeitsunfähig erachtet und ein protrahierter Verlauf bei traumatisierter OSG-Arthrose festgestellt. Als weitere Option wurde eine Arthrodese diskutiert (vgl. Bg-act. 33).

E. 4.4

In der zweiten kreisärztlichen Beurteilung vom 22. April 2016 hielt Dr. med. G._____ fest, dass der Versicherte seit der Operation zwei Monate nach dem Unfallereignis mehr Beschwerden habe und die nach wie vor bestehende Arbeitsunfähigkeit plausibel sei. Er beurteilte das

- 9 - Unfallereignis und die unfallkausale Operation mit ungünstigem Verlauf als richtungsgebende Verschlimmerung (vgl. Bg-act. 39).

E. 4.5

Am 26. Mai 2016 holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. L._____, Chefarzt Chirurgie im Z._____, eine Zweitmeinung ein, der bei radiologisch feststellbarer deutlicher Gelenkspaltverschmälerung des Sprunggelenks medialseitig mit subchondraler Sklerose und geringen subchondralen Geröllzysten eine fortgeschrittene mediale OSG-Arthrose diagnostizierte (vgl. Bg-act. 48).

E. 4.6

Am 30. Juni 2016 erfolgte die erste kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. G._____ mit Beurteilung vom 1. Juli 2016, worin er festhielt, dass die bisherige, korrekt durchgeführte Behandlung mittels indizierter OSG- Arthroskopie nicht den erhofften Erfolg gebracht habe und unabhängig vom weiteren Behandlungsvorgehen davon ausgegangen werden könne, dass der Beschwerdeführer in einem schweren Beruf die volle Arbeitsfähigkeit nicht mehr dauerhaft werde erreichen können (vgl. Bg-act. 75 S. 3 f.).

E. 4.7

Mit Bericht vom 16. August 2016 über die Konsultation und Infiltration/Punktion am OSG rechts am 12. August 2016 diagnostizierte Dr. med. L._____, eine ausgeprägte und diffuse Schmerzsymptomatik im Sprunggelenks- und Rückfussbereich rechts bei beginnender OSG- Arthrose rechts und St. n. Arthroskopie Februar 2016 (vgl. Bg-act. 89). Anlässlich der Operation vom 26. August 2016 erfolgte durch Dr. med. L._____ im Z._____ eine OSG-Arthrodese rechts (vgl. Bg-act. 98). Im Austrittsbericht des Z._____ vom 31. August 2016 wurden die Diagnosen ausgeprägte und diffuse Schmerzsymptomatik im Sprunggelenks- und Rückfussbereich rechts bei beginnender OSG-Arthrose rechts und St. n. Arthroskopie Februar 2016; diffuse Unterschenkelhyposensibilität rechts, Vorhofflimmern sowie arterielle Hypertonie, festgehalten (vgl. Bg-act. 97). Am 8. September 2016 erfolgte im Z._____ eine Nachkontrolle bei Diagnosen St. n. arthroskopisch-assistierter OSG-Arthrodese rechts am

- 10 - 26. August 2016 bei OSG-Arthrose rechts (vgl. Bg-act. 95). Am 7. Oktober 2016 erfolgte eine weitere Nachkontrolle im Z._____ bei Diagnosen St. n. arthroskopisch-assistierter OSG-Arthrodese rechts am 26. August 2016 bei OSG-Arthrose rechts, Hyposensibilität am Unterschenkel unklarer Ätiologie, chronisches Vorhofflimmern (unter Xarelto), arterielle Hypertonie. Der Verlauf wurde als zufriedenstellend beurteilt und der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Stahlbaumonteur sicher für drei bis vier Monate postoperativ zu 100 % arbeitsunfähig erachtet (vgl. Bg- act. 103). Am 31. Oktober 2016 (vgl. Bg-act. 110) und am 28. November 2016 erfolgten weitere Nachkontrollen im Z._____ bei unveränderten Diagnosen. Beurteilt wurde ein zeitgerechter Verlauf drei Monate nach OSG-Arthrodese rechts, die Mobilität und Belastbarkeit waren noch nicht wiederhergestellt und die Arbeitsfähigkeit in der Stahlbaubranche noch nicht gegeben. Dr. med. L._____ empfahl die nochmalige Durchführung eines Verlaufs-CT (vgl. Bg-act. 113). Die Nachkontrolle vom 19. Dezember 2016 erfolgte bei unveränderten Diagnosen (vgl. Konsultationsbericht vom 20. Dezember 2016, Bg-act. 120). Aus orthopädischer Sicht wurde die zunehmende Konsolidation bei vorhandenen Restbeschwerden als sehr erfreulich beurteilt und von weiterer Beschwerderegradienz bis Beschwerdefreiheit ausgegangen. Der behandelnde Arzt hielt fest, dass der Beschwerdeführer mit der Arthrodese nicht geeignet sei für Montagearbeiten auf Baustellen, Gerüsten, Leitern, etc. (vgl. Bg-act. 120). PD Dr. med. M._____ und Dr. N._____, Radiologie Z._____, beurteilten gestützt auf das CT vom

E. 4.8

Gestützt auf das neurologische Konsilium vom 8. Februar 2017 in der Rehaklinik O._____ wurde mit Bericht vom 9. Februar 2017 eine gemischt sensomotorische, vorwiegend demyelinisierende Polyneuropathie

- 11 - beurteilt (vgl. Bg-act. 148). Der Austrittsbericht der Rehaklinik O._____ vom 6. März 2017 über den Aufenthalt vom 19. Januar bis 23. Februar 2017, hielt beim Austritt folgende Probleme fest: Drückende Schmerzen am rechten OSG bei Belastung und längerem Laufen, Verschlechterung während des Aufenthaltes; Druckdolenzen im ventralen Bereich des OSG; hinkendes Gangbild mit Aussenrotation des rechten Beines (vgl. Bg-act. 149 S. 2). Es wurde festgehalten, dass eine Tätigkeit als Monteur im Stahlbau unzumutbar sei. Als in körperlicher Hinsicht zumutbar wurde hingegen eine angepasste Tätigkeit erachtet: "(Mindestens) leichte bis mittelschwere Arbeit, bevorzugt wechselbelastend, ganztags; keine Arbeiten auf unebenem Grund, auf Leitern und Gerüsten, in der Hocke und im Knien" (vgl. Bg-act. 149 S. 3). Somatisch beurteilt wurde weiterhin eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik des distalen Unterschenkels und des OSG rechts. Die Zuweisung an die Rehaklinik O._____ sei zur Verbesserung des Gangbildes, Schmerzreduktion und Beurteilung der Zumutbarkeit erfolgt. Die physischen Einschränkungen liessen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie Diagnosen aus somatischer Sicht erklären. Zusammenfassend habe die Gangqualität durch die individuelle Schuhversorgung verbessert werden können, die Belastbarkeit des rechten Fusses und die allgemeine Leistungsfähigkeit gesteigert, jedoch die Schmerzsituation des rechten Fusses nicht wesentlich verbessert werden können (vgl. Bg-act. 149 S. 4 f.).

E. 4.9

Am 9. Mai 2017 berichteten die Dres. med. L._____ und P._____, Z._____, über die Konsultation vom 8. Mai 2017 bei persistierenden Schmerzen OSG rechts und unveränderten Diagnosen (vgl. Bg-act. 166). Mit Bericht vom 16. Mai 2017 über das CT am Vortag beurteilten PD Dr. med. M._____ und Dipl. med. Q._____, Radiologie Z._____, eine deutlich progrediente Durchbauung bei Status nach OSG-Arthrodeese rechts (vgl. Bg-act. 170). Mit Bericht vom 12. Juni 2017 über die Konsultation vom

- 12 -

E. 4.10

Gestützt auf die Untersuchung vom 11. Juli 2017 diagnostizierte Kreisarzt Dr. med. G._____ mit Beurteilung vom 13. Juni [recte: Juli] 2017 einen Status nach schwerer Distorsionsverletzung des oberen Sprunggelenks rechts am 14. Dezember 2015 bei vorbestehender OSG- und USG- Arthrose, Status nach OSG-Arthroskopie am 19. Februar 2016 mit Osteophytenabtragung, Forage und Entfernung eines freien Gelenkkörpers; Status nach arthroskopisch assistierter OSG-Arthrodeese rechts am 26. August 2016 bei medial betonter OSG-Arthrose rechts sowie persistierendem Schmerzsyndrom Knöchel/Fuss rechts bei/mit Sensibilitätsstörung und Hinweisen auf eine demyelinisierende Polyneuropathie leicht bis mittelgradig rechtsbetont. Im Vordergrund stehe jetzt die neuropathische Schmerzproblematik. Die angestammte Tätigkeit als Tormonteur sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei aber eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags, in Wechselposition, sitzend/stehend, hingegen keine Arbeit auf unebener Unterlage, keine Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und keine Arbeiten in kniender oder kauender Körperposition (vgl. Bg-act.

177 S. 4). Mit Schreiben vom 18. August 2017 stellte die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 31. August 2017 ein, mit Ausnahme der Kosten für die weiterhin notwendige Schmerzbehandlung (vgl. Bg-act. 190).

E. 4.11

Mit Bericht vom 14. September 2017 zur Konsultation in der Schmerzsprechstunde vom 10. September 2017 stellten die Dres. med. R.____ und S.____, Z.____, folgende Diagnosen: "Chronisches Schmerzsyndrom im Sprunggelenks- und Rückfussbereich rechts mit/bei beginnender OSG-Arthrose rechts, OSG-Arthroskopie mit Gelenkstoilette

- 13 - und Forage sowie Flake-Entfernung am 19. Februar 2016, Testinfiltration OSG rechts (Ropivacain, Accupaque) am 12. August 2016: positiv, arthroskopisch assistierte OSG-Arthrodeese rechts (3 x

E. 4.12

Gestützt auf die am 16. Oktober 2018 erfolgte Untersuchung stellte Kreisarzt Dr. med. G.____ in seiner Beurteilung vom 18. Oktober 2018 die zusätzliche Diagnose einer verminderten Belastbarkeit und Beweglichkeit des Fusses rechts bei/mit belastungsabhängigen Rückfusschmerzen, sensibler Schädigung des Nervus peroneus rechts und wahrscheinlicher Überlastung des Lisfrancgelenkes. Er hielt den Endzustand noch nicht als vollständig erreicht und erachtete eine Verbesserung der Belastungstoleranz als wahrscheinlich, womit auch die intensive Physiotherapie/MTT weiterhin gerechtfertigt sei. Zusätzlich empfahl er eine Kostengutsprache für ein Abonnement im Heilbad

- 16 - X.____. Dr. med. G.____ beurteilte weiter, "generell wird das Zumutbarkeitsprofil gemäss kreisärztlichem Untersuchungsbericht vom

E. 4.13

Am 6. Februar 2019 berichteten Prof. Dr. med. T.____ und Dr. med. V.____ über die Untersuchungen vom 15. Januar 2019 und 5. Februar 2019 (vgl. Bg-act. 330). Am 6. März 2019 erfolgte in der Privatklinik U.____ eine weitere Operation durch Prof. Dr. med. T.____ mit OSME Calcaneus, Mobilisation und Synostosenresektion Syndesmose Fuss rechts, mit anschliessendem stationärem Aufenthalt bis zum 8. März 2019 (vgl. Operationsbericht vom 6. März 2019 und Austrittsbericht vom 8. März 2019, Bg-act. 336 f.). Im Sprechstundenbericht vom 17. April 2019 über die Untersuchung am Vortag hielten Prof. Dr. med. T.____ und Dr. med. V.____ fest, klinisch zeige sich noch ein hinkendes Gangbild an Gehstützen, plantigrader Rückfuss rechts, leichtes Lymphoedem und Restschwellung, reizlose Narben ohne Entzündungszeichen, OSG steif und indolent, diffuse Druckdolenz laterales USG und Rückfuss sowie muskulär, Syndesmose indolent, unveränderte Dysästhesie zu präoperativ (lateraler Unterschenkel und Fussrücken). Konventionell radiologisch zeige sich eine unveränderte Stellung mit kompletter OSME. Als Prozedere wurde die Fortführung der Lymphdrainage und das Tragen von Kompressionsstrümpfen, weiterhin probatorischer Trainingsversuch zur muskulären Kräftigung und bei Erfolg Durchführung einer

- 17 - dreimonatigen MTT sowie eine klinische Verlaufskontrolle in drei Monaten vorgesehen (vgl. Bg-act. 340). Gemäss Sprechstundenbericht von Prof. Dr. med. T.____ und Dr. med. V.____ vom 11. Juli 2019 zur Untersuchung vom 9. Juli 2019 zeigte sich klinisch weiterhin ein hinkendes Gangbild an Gehstützen. Plantigrader Rückfuss rechts. Reizlose Narben ohne Entzündungszeichen. OSG steif und indolent. Druckdolenz Sinus

tarsi und laterales USG. Weiterhin leichte Auftreibung der Achillessehne mit lokaler Druckdolenz im mittleren Drittel. Persistierende Dysästhesien lateraler Unterschenkel und Fussrücken. Die behandelnden Ärzte besprachen mit dem Beschwerdeführer die Anpassung seines Schuhwerks, insbesondere das Tragen eines Abrollschuhs, und die Fortführung der medizinischen Trainingstherapie (vgl. Bg-act. 346). Am 2. Oktober 2019 erfolgte eine neurologische Verlaufsbesprechung bei Dr. med. W._____, Z._____, nach der letzten Untersuchung im August 2018. Zusammenfassend beurteilte dieser eine leichte Verschlechterung der sensiblen Funktion des Nervus peroneus im Bereich der Zehen. Aus neurologischer Sicht nicht festzustellen war eine zusätzliche funktionelle Verschlechterung bei der ohnehin von orthopädischer Seite sehr schwierigen Situation am rechten Fuss (vgl. Bg-act. 389).

E. 4.14

Am 1. Oktober 2019 erfolgte die persönliche kreisärztliche Abschlussuntersuchung und der Bericht dazu von Kreisarzt Dr. med. G._____ vom 9. Oktober 2019 mit unveränderten Diagnosen – zuzüglich der Operation vom 6. März 2019 – zur letzten kreisärztlichen Beurteilung vom Oktober 2018. Der Kreisarzt hielt in seiner Beurteilung fest, die Untersuchung erfolge ein Jahr nach der Voruntersuchung. Durch die nochmalige operative Revision vor sieben Monaten habe das Beschwerdebild leider nicht gelindert werden können. Es sei vom Endzustand auszugehen, da sich aktuell keine Massnahmen mehr ergäben, die den derzeitigen Zustand nachhaltig verbessern könnten. Die angestammte Tätigkeit als Tormonteur sei dem Versicherten nicht mehr

- 18 - zuzumuten. Zumutbar sei ihm eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung (überwiegend sitzend) während sechs Stunden täglich (zusätzliche Pausen). Hingegen keine Arbeiten auf unebener Unterlage, keine Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten und keine Tätigkeiten in kniender oder kauender Körperposition (vgl. Bg-act. 369). Gestützt darauf stellte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 10. Oktober 2019 die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 31. Oktober 2019 ein (vgl. Bg-act. 370).

E. 4.15

Im Bericht vom 13. Juli 2020 zur Abschlussuntersuchung vom 7. Juli 2020 hielt der Kreisarzt Dr. med. H._____ mit unveränderten Diagnosen zur letzten kreisärztlichen Beurteilung vom Oktober 2019 – mit Ausnahme des Wegfalls der wahrscheinlichen Überbelastung Lisfrancgelenk – fest, "die objektiven Befunde sind im Vergleich zur Voruntersuchung unverändert. [...] Die angestammte Tätigkeit als Stahlbauarbeiter ist dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Die Beurteilung der Zumutbarkeit für leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung während sechs Stunden täglich mit zusätzlichen Pausen und überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit, das rechte Bein hochzulagern, bleibt unverändert. Arbeiten, welche Gehen auf unebenem Gelände, Aufwärts- und Abwärtsgehen und Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern erfordern sowie kniende oder kauende Körperpositionen beziehungsweise Zwangshaltungen sind nicht möglich. Die Steigerung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Juli 2017 ist damit zu begründen, dass es sich im Jahre 2017 um IV-Massnahmen mit Einleitung eines Arbeitstrainings handelte und nicht um die definitive Beurteilung der Arbeitszumutbarkeit." (vgl. Bg-act. 409).

E. 5

In der Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2020 beantragte die SUVA (nachfolgend Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde.

- 4 - Bezüglich des rechtserheblichen Sachverhalts und der rechtlichen Würdigung verwies sie auf den Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020, an welchem vollumfänglich festgehalten wird. Ergänzend hält die Beschwerdegegnerin fest, die kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilungen der Kreisärzte Dr. med. G._____ und Dr. med. H._____ beruhten auf eigenen Untersuchungen, seien umfassend und nachvollziehbar. Das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil, wonach trotz verbleibenden Unfallrestfolgen am rechten Fussgelenk leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung (überwiegend sitzend) während sechs Stunden täglich (zusätzliche Pausen) zumutbar seien, sei zuverlässig. Dr. med. F._____ habe den Beschwerdeführer nicht untersucht. Deren Kritik einer "Inkonsistenz der beurteilten Leistungsfähigkeit" in der Beurteilung vom 30. November 2019 sei entgegenzuhalten, dass die vermeintliche Steigerung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Juli 2017 dadurch begründet sei, dass es im Jahr 2017 um IV-Massnahmen mit Einleitung eines Arbeitstrainings und nicht um die definitive Beurteilung der Arbeitszumutbarkeit im Zeitpunkt der Rentenprüfung vom 1. November 2019 gegangen sei. Der Beschwerdeführer sei später, am 7. Juli 2020, erneut kreisärztlich untersucht worden (Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. H._____ vom 13. Juli 2020) nach der Geltendmachung einer Verschlechterung des Zustands des Fusses bzw. soweit er sich nicht in der Lage gefühlt habe, an einer Integrationsmassnahme der Invalidenversicherung teilzunehmen (vgl. Mitteilung der IV-Stelle vom 12. November 2019). Es sei auf die zuverlässigen kreisärztlichen Beurteilungen abzustützen und auf weitere medizinische Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten.

E. 5.1

Nach Art. 18 Abs. 1 UVG hat ein Versicherter Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 7 und 8 ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität

- 19 - und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 145 V 370 E.4.1). Für die Invaliditätsbemessung ist nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt ausschlaggebend, sondern die durch die Unfallfolgen bedingte Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten für den Versicherten in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. BGE 130 V 343 E.3.3). Entscheidend sind also die wirtschaftlichen Gegebenheiten. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Dabei sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, 132 V 93 E.4, 125 V 261 E.4 mit Hinweisen). Auch trifft den Versicherten eine Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 134 V 109 E.10.2.7, 117 V 394 E.4b). Danach hat er von sich aus alles ihm Zumutbare vorzukehren, und zwar selbst um den Preis beträchtlicher Anstrengungen, um die Folgen eines erlittenen Unfalls bestmöglich zu mildern.

E. 5.2

Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte sind Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsrichter auf Unterlagen angewiesen, die ihnen vorab von Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu

- 20 - entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 351 E.3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E.3.2, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E.5.1, 8C_675/2020 vom 3. März 2021 E.5). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_507/2015 vom 6. Januar 2016 E.4.1). Betreffend Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 135 V 465 E.4.6, 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a mit Hinweis). Den Berichten eines Versicherungsmediziners kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen, so sind weitere Abklärungen notwendig (vgl. BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1 mit weiteren Hinweisen, BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4, 125 V 351 E.3b/ee; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_326/2021 vom 5. November 2011 E.2, 8C_637/2020 vom 4. März 2021 E.3.2, 8C_551/2020 vom 15. Dezember 2020 E.3).

- 21 - 5.3.1. Vorliegendenfalls ergibt sich aus dem Zumutbarkeitsprofil vom Juli 2017 eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags, in Wechselposition, sitzend/stehend (vgl. Bg-act. 177 S. 4), d.h. in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Bg-act. 179 S. 1). Der darauffolgende IV- Arbeitsversuch bei der ARGO Werkstätte in Y._____ ab dem 1. September 2017 (ursprünglich bis 31. Dezember 2017 [vgl. Bg-act. 192, 195 und 380 S. 10 f.]; verlängert bis 31. März 2018 [vgl. Bg-act. 212, 213 und 270]) ergab, dass der Beschwerdeführer jeweils an vier Tagen pro Woche vier Stunden (von 8 bis 12 Uhr, [Anm. des Gerichts: entspricht einer Arbeitsfähigkeit von 40 %]) in angepasster Tätigkeit arbeitete und er die Situation als ungewiss und sehr unbefriedigend schilderte. Täglich habe er Schmerzen, die im Laufe des Vormittags jeweils langsam zunähmen. Die Versteifung des Fusses habe die Situation verschlimmert. Der geschwollene Fuss und die Schmerzen im Knöchel seien Dauerzustand. Eine Steigerung des Pensums würde dazu führen, dass der Fuss noch mehr anschwellen und die Medikation (heute bis zu 13 Tabletten)

wieder erhöht werden müsse. Eine Steigerung des Pensums konnte bis im Dezember 2017 nicht erfolgen (vgl. Bg-act. 208 S. 2 f. und 380 S. 10 ff.). Die Befindlichkeit des Beschwerdeführers war nach seinen Aussagen im Standortgespräch bei der ARGO am 23. Oktober 2017 immer etwa gleich. Er gab an, dass das Fussgelenk dauernd leicht geschwollen sei und die Schwellung bei stärkerer Belastung etwas zunehme. Das grössere Problem seien die Schmerzen (vgl. Bg-act. 237). Im ARGO-Standortgespräch Ende Januar 2018 berichtete der Beschwerdeführer, in einem 60 % Pensum hauptsächlich als Fahrer unterwegs zu sein, was gut laufe. Probleme gebe es bei unebenen Strassenstücken, Treppen und wenn er beim Ausladen den Rolli einen kleinen Steilhang hinaufziehen müsse. Dies gehe nicht und verstärke die Dauerschmerzen noch mehr. Ansonsten sei es wie immer. Er habe Dauerschmerzen, die sich nicht verstärkten, wenn er leichte Arbeiten ausübe. Die Schmerzen würden ebenfalls verstärkt, wenn er ganztags

- 22 - einen Einsatz habe (vgl. Bg-act. 238 S. 1). Das Pensum wurde ab Februar 2018 auf 70 % gesteigert. Zu einer vorgesehenen Pensumssteigerung auf 80 % ab März 2018 kam es nicht und der Beschwerdeführer liess sich Ende März 2018 zu 100 % krankschreiben (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung IV, Bg-act. 238 S. 2 f. und 380 S. 14). 5.3.2. Die vom Beschwerdeführer mit dem Parteigutachten von Dr. med. F._____, Fachärztin für Chirurgie FMH, MAS Versicherungsmedizin, FA Vertrauensärztin SGV (vgl. Bf-act. 21), geltend gemachte Inkonsistenz zwischen der kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Oktober 2018 (vgl. Bg-act. 300) und der kreisärztlichen Abschlussbeurteilung vom 9. Oktober 2019 (vgl. Bg-act. 369), welche das Zumutbarkeitsprofil und die Leistungsfähigkeit anbelangt, liegt – wie nachfolgend dargelegt – tatsächlich vor. Dabei ist das Parteigutachten von Dr. med. F._____ ebenso in die Beweiswürdigung miteinzuziehen, ist doch die Herkunft des Gutachtens grundsätzlich nicht massgebend (BGE 122 V 160 E.1c), wenn auch einem Parteigutachten nicht dasselbe Gewicht zuerkannt wird, wie einem vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholten Gutachten (BGE 125 V 351 E.3c). Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen (BGE 135 V 465 E.4.5, vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 44 ATSG Rz. 79 f.; vgl. auch BGE 143 V 124 E.2.2.2). Ein Vergleich der klinisch erhobenen Befunde gemäss kreisärztlichem Bericht vom 18. Oktober 2018 mit denjenigen der kreisärztlichen

- 23 - Abschlussuntersuchung vom 9. Oktober 2019 ergibt beispielsweise, dass im Jahr 2019 eine leicht verbreiterte Knöchelregion rechts festgestellt wurde. Und während im Jahr 2018 nur eine leicht vermehrte Rötung der Knöchelregion rechts befundet wurde, fand sich im Jahr 2019 eine deutlich rötlich livide Verfärbung von Fessel, Knöchelregion und Fuss rechts (vgl. Bg-act. 300 S. 4 und 369 S. 5). Da – wie die kreisärztliche Abschlussbeurteilung vom 9. Oktober 2019 explizit festhält (vgl. Bg-act. 369 S. 7) – das Beschwerdebild im Vergleich zur Voruntersuchung vom Oktober 2018 "leider nicht gelindert werden konnte" (vgl. Bg-act. 369 S. 7), besteht tendenziell eine Verschlechterung der medizinischen Situation, bestenfalls ein unveränderter Status (idem), aber keinesfalls eine Verbesserung des Gesundheitszustands. Dieser Schluss ergibt sich auch aus einem Vergleich der Anamnesen des Beschwerdeführers in den beiden kreisärztlichen

Beurteilungen im Oktober 2018 und Oktober 2019. Der Beschwerdeführer gibt anlässlich der Untersuchung vom 16. Oktober 2018 noch an, dass bei Belastung des rechten Fusses kaum lokalisierbare starke Schmerzen im gesamten Knöchelfussbereich rechts auftauchten, weshalb er – ausser zu Hause – beidseits die Stöcke zur Unterstützung benütze. Neben dem unverändert gebliebenen Schmerz bestünden Oberflächenschmerzen auf dem Rücken der Zehe 4 links bei im Übrigen indolenter Gefühlsverschlechterung im Bereich des Fussrückens lateral und im Bereich der Ferse, was das Tragen von festerem Schuhwerk verunmögliche. Dagegen gab der Beschwerdeführer ein Jahr später an, dass sich der Zustand in der Zwischenzeit nicht wesentlich verbessert habe, im Vordergrund stünden nun Schmerzen über dem distalen Wadenbein rechts bzw. Malleolus lateralis einerseits und andererseits im Bereich der Achillessehne. Im Knöchelbereich läge eine ausgeprägte Hypersensibilität vor, die auch das Tragen von knöchelhohen Socken bzw. Strümpfen verunmögliche. Das Gehen ohne Stockhilfe sei nur über wenige Meter möglich, mit Stockhilfe über einige hundert Meter, wobei dann neben den Schmerzen im Fussbereich rechts die

- 24 - Schulterbeschwerden links das Weitergehen verunmöglichten. Er müsse sich tagsüber auch mal hinlegen, wenn die Schwellung im Fussbereich durch längeres Stehen und Gehen sowie Sitzen stark zunehme (vgl. Bg-act. 300 S. 4 und 369 S. 5). Und dies bei zwischenzeitlich am 6. März 2019 erneutem operativem Eingriff am rechten Fuss (OSME Calcaneus, Mobilisation und Synostosenresektion Syndesmose, vgl. Bg-act. 337). Anlässlich der Nachkontrolle bei Prof. Dr. med. T. _____ vom 9. Juli 2019 benötigte der Beschwerdeführer weiterhin Gehstützen aufgrund fortbestehender Beschwerden am lateralen OSG und im Bereich der Achillessehne, das Laufen in geschlossenem Schuhwerk war noch nicht möglich. Prof. Dr. med. T. _____ stellte eine Druckdolenz Sinus tarsi und laterales USG, weiterhin leichte Auftreibung der Achillessehne mit Druckdolenz und persistierende Dysästhesien lateraler Unterschenkel und Fussrücken fest. Angezeigt waren deshalb die Anpassung des Schuhwerks, insbesondere das Tragen eines Abrollschuhs (vgl. Sprechstundenbericht vom 11. Juli 2019, Bg-act. 346). Auch die neurologische Verlaufsbesprechung im Z. _____ vom 2. Oktober 2019 zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung im August 2018 (vgl. Bg-act. 280) zumindest eine leichte Verschlechterung der sensiblen Funktion des Nervus peroneus im Bereich der Zehen (vgl. Bg-act. 389). Es ist daher nicht schlüssig, dass der Beschwerdeführer gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 18. Oktober 2018 in angepasster Tätigkeit über eine Arbeitsfähigkeit resp. Leistungsfähigkeit von zwei mal zwei Stunden täglich verfügt haben soll und ein Jahr später, bei fehlender Linderung des Beschwerdebildes und tendenzieller Verschlechterung der klinischen Befunde, über eine Arbeitsfähigkeit resp. Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (überwiegend sitzend) von sechs Stunden täglich. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit um täglich zwei Stunden von vier auf sechs Stunden ist nicht nachvollziehbar aufgrund der Aktenlage. Auch die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Kreisarzt Dr. med. H. _____ vom 13. Juli 2020 bringt keine Klärung, schränkt er doch das vormalige

- 25 - kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil von Kreisarzt Dr. med. G. _____ vom Oktober 2019 dahingehend ein, dass der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit auch die Möglichkeit haben soll, das rechte Bein hochzulagern sowie zusätzlich auch Tätigkeiten auf Dächern und Zwangshaltungen unzumutbar sind (vgl. Bg-act. 409 S. 7). Dies zeigt, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr 2019 bis ins Jahr 2020 nochmals

tendenziell verschlechtert hat, und eine angebliche Leistungsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung während sechs Stunden täglich mit zusätzlichen Pausen und überwiegend im Sitzen nicht überwiegend wahrscheinlich belegt ist. Zudem gehen die Ausführungen von Kreisarzt Dr. med. H. _____ über eine Steigerung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Juli 2017, welche damit zu begründen sei, dass es sich im Jahre 2017 um IV-Massnahmen mit Einleitung eines Arbeitstrainings gehandelt habe und nicht um die definitive Beurteilung der Arbeitszumutbarkeit (vgl. Bg-act. 409 S. 7), an der Sache vorbei. Dies, weil die im Jahr 2017 durchgeführte kreisärztliche Untersuchung mit dem damit erstellten Zumutbarkeitsprofil durchaus insofern zu einem Fallabschluss führte, als dass die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen – mit Ausnahme der weiterhin notwendigen Schmerzbehandlung – per 31. August 2017 eingestellt werden sollten (vgl. Bg-act. 177 und 190). Und überdies sah das damalige Zumutbarkeitsprofil im Jahr 2017 eine höhere Leistungsfähigkeit vor als in den Jahren 2018 bis 2020, nämlich eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags, in Wechselposition, sitzend/stehend; keine Arbeiten auf unebener Unterlage, keine Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, keine Arbeiten in kniender oder kauender Körperposition (vgl. Bg-act. 177 S. 4). Die kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofile und Beurteilungen punkto Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in den Jahren 2018 bis 2020 erscheinen nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet und sind überdies widersprüchlich, sodass Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen.

- 26 - Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer versicherungsmedizinischen Feststellung, so sind weitere Abklärungen notwendig, was in casu – auch aufgrund der ebenfalls fachärztlichen Einschätzung von Dr. med. F. _____ – der Fall ist.

E. 5.4

Bevor die Höhe des Rentenanspruchs überprüft werden kann, braucht es bezüglich Zumutbarkeitsprofil und Leistungsfähigkeit weitere medizinische Abklärungen. Die Beschwerdegegnerin hat dementsprechend ein polydisziplinäres Gutachten, zumindest in den Disziplinen Chirurgie- Orthopädie, Neurologie, bei einer unabhängigen Gutachterstelle einzuholen. Dem Eventualbegehren auf Rückweisung der Angelegenheit zur Neubeurteilung durch die Beschwerdegegnerin ist somit stattzugeben.

E. 5.5

In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 aufzuheben. Im Übrigen ist die Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen bzw. zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (zumindest in den Disziplinen Chirurgie-Orthopädie, Neurologie) bei einer unabhängigen Gutachterstelle und zu neuem Entscheid zurückzuweisen.

E. 6

Ein weiterer Schriftenwechsel unterblieb.

- 5 - Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2020 (vgl. Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 419). Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes

über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt im Kanton Graubünden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als im Einspracheverfahren unterlegener, formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon überdies berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist damit einzutreten (vgl. Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG, Art. 61 ATSG). 2. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2017 die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft sind (Änderung vom 25. September 2015). Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden

- 6 - Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015, mithin vor dem 1. Januar 2017, ereignet haben, [...] nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend ereignete sich der Unfall im Dezember 2015, sodass diesbezüglich grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden. Hinsichtlich der für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen haben sich indessen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze keine Änderungen ergeben.

E. 6.1

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel weiterhin kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Verfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

- 27 -

E. 6.2

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte dem Gericht am 25. Februar 2021 eine Honorarnote über CHF 4'229.25 ein (= 15.25 Stunden à CHF 250.-- [CHF 3'812.50] zzgl. 3 % Spesen [CHF 114.38] und 7.7 % MWST [CHF 302.37]). Der gestützt auf die eingereichte Honorarvereinbarung geltend gemachte Stundenansatz von CHF 250.-- ist gerichtsüblich und kann übernommen werden. Von den geltend gemachten 15.25 Stunden (15 Stunden und 15 Minuten) entfallen 5.5 Stunden (5

Stunden und 30 Minuten) auf das Einspracheverfahren. Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind nach Auffassung des Gerichts erst die ausgewiesenen Leistungen ab dem

E. 6.5

mm Schrauben) am 26. August 2016. Röntgen: OSG ap/seitlich und CT rechts vom 15. Dezember 2015: Deutliche Gelenkspaltverschmälerung des Sprunggelenkes mediallyseitig mit subchondraler Sklerose. Geringe subchondrale Geröllzysten im CT nachweisbar. Röntgen: OSG rechts ap/lateral vom 7. Oktober 2016: Im Vergleich zu den Voraufnahmen unveränderte Stellungsverhältnisse mit intaktem Arthrodesematerial. Soweit konventionell radiologisch beurteilbar zunehmender Durchbau. CT OSG rechts vom 7. Dezember 2016: Zunehmende Anzeichen einer knöchernen Durchbauung, insbesondere um das intakte Fremdmaterial herum. Weichteilschwellung lateral, ansonsten bei Zustand nach OSG Arthrodesese unauffällige CT. CT OSG rechts vom 15. Mai 2017: Intraossärer Verlauf des intakten Osteosynthesematerials ohne Hinweis auf Lockerungszeichen. Deutlich progrediente Durchbauung bei Status nach OSG-Arthrodesese rechts. St. n. Rehabilitation in O._____ anfangs 2017: erfolglos. Postoperativ seit 08/16: Medialseitig deutliche Hyposensibilität von infragenual bis zu den Zehen I/II vorhanden, DD Neurapraxie bei Blutsperre von 180 Min., bisher keine neurologische Abklärung erfolgt" (vgl. Bg-act. 197). Am 31. Oktober 2017 stellten die Dres. med. R._____ und S._____ aufgrund der bisherigen Diagnose sowie DD unspezifisch postoperativ/arthrotisch, unklares neuropathisches Zustandsbild, CRPS nicht ausschliessbar, Sensibilitätsminderung Unterschenkel sowie gesamter Rückfuss rechts unklarer Ursache, bei der Beschwerdegegnerin das Gesuch um Kostengutsprache für eine rehabilitative medizinische Trainingstherapie (MTT) (vgl. Bg-act. 203). Mit Verlaufsbericht vom 13. Dezember 2017 erachteten die Dres. med. R._____ und S._____ den bisherigen Verlauf der Krankheitsgeschichte mit schwierig therapeutisch zugänglichen, belastungsabhängigen und mittlerweile zunehmend nächtlichen Schmerzen als prognostisch nicht

- 14 - günstig (vgl. Bg-act. 214). Am

E. 7

Dezember 2016 zunehmende Anzeichen einer knöchernen Durchbauung, insbesondere um das intakte Fremdmaterial herum und eine Weichteilschwellung lateral (vgl. Bg-act. 122).

E. 9

Juni 2017 beurteilte Dr. med. L._____ eine absolut unklare persistierende Schmerzpersistenz wandernder Lokalisation im Sprunggelenks- und Rückfussbereich. Als Prozedere zog er allenfalls eine neurologische Abklärung mit der Fragestellung nach neuropathischen Schmerzen und deren Behandlung in Betracht (vgl. Bg-act. 169).

E. 10

Januar 2018 erfolgte ein Kostengutsprachege such der Dres. med. R._____ und S._____ bei der Beschwerdegegnerin für eine ausserkantonale spezialisierte orthopädische Zweitmeinung aufgrund neuer, zusätzlicher Diagnose einer nicht ausgeschlossenen Instabilität USG (vgl. Bg-act. 220). Der Kreisarzt Dr. med. G._____ stimmte der Erteilung der Kostengutsprache und der Einholung der Zweitmeinung bei Prof. Dr. med. T._____ mit Beurteilungen vom 12. und 18. Januar 2018 zu (vgl. Bg-act. 221 und 225). Am 26. Januar 2018 erfolgte die Zweitmeinungsanfrage der Schmerztherapie Z._____, Dres. med.

R._____ und S._____, an Prof. Dr. med. Dr. phil. T._____, Swiss Ortho Center/Schmerzklinik Basel (vgl. Bg-act. 228). Am 6. April 2018 empfahl Prof. Dr. med. T._____ eine zusätzliche SPECT-CT- Untersuchung zur weiteren Objektivierung der Situation und Besprechung des weiteren Procederes. Es wurde weiterhin eine bestehende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit festgehalten (vgl. Bg-act. 239). Nach der SPECT-CT- Untersuchung am 4. Mai 2018 durch das Universitätsspital Basel (vgl. Bg- act. 247, 248 und 254) erfolgte durch Prof. Dr. med. T._____ in der Privatklinik U._____ am 17. Mai 2018 eine operative Revision mit OSME, fibulotalarer Cheilektomie, valgischer Lateral Sliding- Calcaneusosteotomie, Spaltung Ligamentum Annulare Achillessehne OSG/Rückfuss rechts (vgl. Bg-act. 267, und Austrittsbericht vom 22. Mai 2018 nach stationärem Aufenthalt vom 17. Mai 2018 bis 22. Mai 2018, Bg- act. 266). Im Sprechstundenbericht vom 27. Juni 2018 zur Untersuchung vom 26. Juni 2018 hielten Prof. Dr. med. T._____ und Dr. med. V._____ folgendes fest: "In der klinischen Untersuchung reizlose Narbe laterales OSG rechts, Kalkaneusnarbe mit oberflächlichen Dehiszenzen und Fibrinbelägen, keine Entzündungszeichen. Geringe Druckdolenz lateraler Kalkaneus. Weiterhin Druckdolenz auf Höhe CC-Gelenk und D4. Lymphödem und Restschwellung Vorfuss rechts. Hyp-/Dysästhesien plantare Ferse und lateraler Rückfuss". Diagnostisch zeigte sich konventionell radiologisch eine gute Stellung bei noch wenig

- 15 - fortgeschrittener Konsolidation der Calcaneusosteotomie. Als Prozedere wurde die Fortführung der Teilbelastung von 15 kg im Aircast-Walker, die Fortführung der Physiotherapie und eine Verlaufskontrolle vorgesehen. Der Beschwerdeführer wurde bis zum 31. Juli 2018 als 100 % arbeitsunfähig erachtet (vgl. Bg-act. 271). Mit Sprechstundenbericht vom 19. Juli 2018 attestierte Prof. Dr. med. T._____ dem Beschwerdeführer bis auf Weiteres eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bg-act. 272). Mit Bericht vom 20. August 2018 über die Untersuchung vom 16. August 2018 hielt Dr. med. W._____, Neurologie Z._____, die neurologischen Diagnosen einer inkompletten, v.a. sensiblen Schädigung des Nervus peroneus rechts, eine partielle Schädigung des Nervus suralis rechts sowie eine Hautastschädigung mit Taubheit der Ferse rechts nach Calcaneus-Osteotomie fest. Klinisch liege kein CRPS vor und aktuell auch kein Hinweis auf eine periphere Polyneuropathie. Aus neurologischer Sicht erachtete er wechselbelastende Tätigkeiten als sinnvoll; nicht in Frage kämen hingegen Tätigkeiten mit hohem Mass an Gehmobilität (vgl. Bg-act. 280). Mit Sprechstundenbericht vom 19. September 2018 hielten Prof. Dr.med. T._____ und Dr. med. V._____ eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bis auf Weiteres fest (vgl. Bg- act. 289).

E. 11

Juli 2017 gültig bleiben. Die angestammte Tätigkeit als Tormonteur ist dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Zumutbar ist ihm aber eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags in Wechselpositionen sitzend/stehend. Keine Arbeiten auf unebener Unterlage, keine Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, keine Arbeiten in kniender oder kauender Körperposition. Für eine derartig geeignete Tätigkeit erachte ich den Versicherten ab jetzt arbeitsfähig im Rahmen von zwei mal zwei Stunden täglich (der Versicherte erledigt gegenwärtig leichtere Haushaltarbeiten." (vgl. Bg-act. 300).

E. 13

Januar 2021 (9.75 Stunden, d.h. 9 Stunden und 45 Minuten) zuzüglich 45 Minuten für das Studium des Einspracheentscheids zu berücksichtigen. Die Beschwerdegegnerin hat dem

Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'911.95 (10.5 Stunden à CHF 250.-- [CHF 2'625.--] zzgl. 3 % Spesen [CHF 78.75] und 7.7 % MWST [CHF 208.20]) zu bezahlen. III. Demnach erkennt das Gericht:

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