

SO_GERICHTE VSBES.2014.187 vom 6. Juni 2014

SO Obergericht, 2014-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.187

FR: SO_GERICHTE VSBES.2014.187 du 6 juin 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2014.187 del 6 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1954 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), war zum Unfallzeitpunkt vom 23. Juni 2008 seit dem 1. April 2008 bei der [...], als Lastwagenchauffeur in einem Arbeitspensum von 100 % angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), versichert. 1.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 2. Juli 2008 (S.A. [Suva-Akten] 2) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am 23. Juni 2008 um 13.40 Uhr bei der Poststelle in [...] beim Beladen des Lastwagens von der Hebebühne gefallen und habe sich beim Aufprall den rechten Fuss verdreht / gebrochen. Es erfolgte aufgrund der im Spital [...] am 23. Juni 2008 diagnostizierten «lateralen, luxierten Malleolarfraktur Weber A rechts» eine Osteosynthese (S.A. 5 S. 2). Aufgrund persistierender Beschwerden wurden im Spital Schwyz mit Austrittsbericht vom 24. Juli 2008 sowohl eine mehrfragmentäre Talusfraktur als auch eine Wundheilungsstörung festgestellt (S.A. 7). Die Beschwerdegegnerin erbrachte die entsprechenden Versicherungsleistungen (S.A. 18). Nach dem Einholen verschiedener medizinischer Berichte erfolgte am 7. Januar 2009 eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. univ. B.____ (S.A. 39). Gestützt auf dessen versicherungsmedizinische Beurteilung stellte die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 29. Juli 2009 (S.A. 61) fest, da von weiteren ärztlichen Behandlungen keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten sei, könnten keine weiteren Heilkosten mehr bezahlt werden. Da dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit als Car- und Buschauffeur zumutbar und er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voll arbeitsfähig sei, könne die Beschwerdegegnerin ab 1. November 2009 auch keine Taggeldleistungen mehr erbringen. Aufgrund der in der Folge eingereichten Unterlagen hielt die Beschwerdegegnerin sodann mit Schreiben vom 10. März 2010 fest (S.A. 69), der Beschwerdeführer erreiche heute einen Verdienst, der Rentenleistungen ausschliesse. Daher würden die Versicherungsleistungen eingestellt.

E. 2

a) Es sei die Angelegenheit zur Durchführung von Heilbehandlungen und Ausrichtung eines Taggelds an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. b) Eventualiter sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2014 eine Invalidenrente entsprechend einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % zuzusprechen.

E. 2.2

auf 30 %. Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass Dr. med. univ. B.____ in seiner Beurteilung von der Suva Tabelle 5.2 (Integritätsschaden bei Arthrosen) ausging, wobei er sich auf die objektivierbaren Befunde mit mässiger Arthrose des oberen Sprunggelenkes, stützte. Dieser Ansicht kann indes aufgrund des beweiswertigen Gutachtens der [...] GmbH

vom 6. Februar 2017 nicht gefolgt werden. 12.5 Den schlüssigen Ausführungen der Gerichtsgutachter (A.S. 248) ist nichts beizufügen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. März 2014 bzw. im Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 ist unter Heranziehung des voll beweismässigen Gerichtsgutachtens neu von einem Integritätsschaden von 30 % auszugehen. 13. Es kann folglich zusammenfassend festgestellt werden, dass die Beschwerdegegnerin die Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht eingestellt und dem Beschwerdeführer korrekterweise ab 1. April 2014 eine Invalidenrente sowie Integritätsentschädigung zugesprochen hat. Gestützt auf das Gerichtsgutachten vom 6. Februar 2017 erweisen sich indes die errechnete Erwerbsunfähigkeit von 25 % und die Basis der Integritätseinbusse von 15 % als nicht korrekt. In diesem Sinn ist der Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab 1. April 2014 aufgrund eines Erwerbsunfähigkeitsgrades von 64 % eine Invalidenrente und gestützt auf einen Integritätsschaden von 30 % eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Die Sache ist zur entsprechenden Berechnung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 14. Der obsiegende Beschwerdeführer hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu. Dem Beschwerdeführer steht somit eine volle Parteientschädigung zu. 14.1 Soweit nichts anderes bestimmt ist, gilt über den Verweis in § 58 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRG, SR 175.2) im Verfahren vor dem Versicherungsgericht seit dem 1. Januar 2011 die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO, SR 272). Dies gilt auch für das vorliegende Verfahren, zumal dieses nach dem 1. Januar 2011 rechtshängig wurde. Dies bedeutet im vorliegenden Fall für die Parteientschädigung, dass § 160 Abs. 2 n.F. Gebührentarif (GebT, BGS 615.111) der bei anwaltlicher Vertretung für den Stundenansatz einen Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 vorsieht, zur Anwendung gelangt. Für den vorliegend bei Procap Schweiz angestellten Anwalt gilt ein Stundenansatz von CHF 230.00. 14.2 Die den Beschwerdeführer bis am 9. Dezember 2015 vertretende Procap Schweiz macht in ihren am 9. März und 9. Dezember 2015 eingereichten Kostennoten (A.S. 79, 153) insgesamt einen Aufwand von total 24,05 Stunden geltend. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der in beiden eingereichten Kostennoten ausgewiesene Aufwand von 1,5 Stunden für das «Studium Urteil; Nachbesprechung» vom 1. April 2015 nur einmal zu berücksichtigen ist. Da das Mandat vor Prozessende beendet wurde, fällt dieser Posten («Studium Urteil; Nachbesprechung») von 1,5 Stunden ohnehin vollständig weg. Damit verbleibt ein Aufwand von 21,05 Stunden. In Anbetracht von ähnlich gelagerten Fällen erscheint dieser als angemessen. Mit dem Stundenansatz von CHF 230.00 ergibt sich ein Honorar von CHF 4'841.50. In Bezug auf die ausgewiesenen Kosten für die insgesamt 195 Kopien ist zu beachten, dass Kopien nur mit CHF 0.50 (§ 160 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in den Kostennoten geltend gemacht, entschädigt werden. Somit sind diese auf CHF 97.50 zu reduzieren. Unter Einbezug der Portokosten von CHF 55.40 und der Mehrwertsteuer von 8 % (CHF 399.55) resultiert eine Parteientschädigung von gerundet CHF 5'394.00. Diese ist entsprechend der Abtretung vom 5. Juli 2014 und der Notifizierung vom 9. Dezember 2015 (A.S. 151) an Procap Schweiz auszuzahlen. 14.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos (Art. 61 lit. a

ATSG). Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.
14.4 Der medizinische Sachverhalt war im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 (A.S. 1 ff.) nicht hinreichend geklärt. Dies zeigte sich indes – wie bereits in E. II.

E. 2.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_463/2011 vom 4. November 2011 E. 3.2, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2.1).

2.5 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders garteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 2.1). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c). Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1

und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.1). 3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C_474/2016 vom 23. Januar 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2015, 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss hat sich die gerichtliche Prüfung auf den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids – hier vom 6. Juni 2014 – zu beschränken (BGE 135 V 201 E. 7.3 S. 215, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220).

E. 4

4.1 Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob sie 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 des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

4.2 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2016 vom 29. November 2016 E. 2.2).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit den vom Beschwerdeführer ab Oktober 2010 geltend gemachten Beschwerden mit Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 zu Recht verneint hat.

Es ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei den ab Oktober 2010 beklagten Beschwerden im Bereich des rechten OSG um einen Rückfall gemäss Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202] i.V.m. Art. 10 UVG handelt. Obschon die Beschwerdegegnerin den Grundfall nicht mittels Verfügung formell abgeschlossen hat, kann dieser aufgrund ihrer Schreiben vom 29. Juli bzw. 25. August 2009, die sich auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. univ. B.____ vom 7. Januar 2009 stützen, wonach davon auszugehen sei, dass von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten sei (S.A. 39), als abgeschlossen gelten. So wurde der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang auch auf das Rückfallmelderecht aufmerksam gemacht (S.A. 61, 63). Daher sind vorliegend die in E. II. 2.5 hiervor dargestellten Regeln zu den Rückfällen anwendbar, wonach der Beschwerdeführer das Vorliegen eines natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall darzutun und zu beweisen hat.

6. Es ist nachfolgend auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen. Hierzu sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

6.1 Im Operationsbericht vom 23. Juni 2008 (S.A. 5) diagnostizierte Dr. med. K.____, FMH Chirurgie, [...], eine «laterale, luxierte Malleolarfraktur Weber A rechts» und führte eine Osteosynthese durch. Es erfolge eine dynamische Nachbehandlung mit 15 kg Belastung für acht Wochen, danach werde eine Röntgen-Kontrolle durchgeführt und es könne voll belastet werden.

6.2 Im Austrittsbericht vom 24. Juli 2008 hielten Dr. med. L.____, Leitender Arzt, und Dr. med. M.____, Assistenzärztin, Chirurgie/Orthopädie, [...], folgende Diagnosen fest (S.A. 7):

1. Mehrfragmentäre Talusfraktur rechts vom 23. Juni 2008

2. Wundheilungsstörung nach Schraubenosteosynthese einer lateralen Malleolar-fraktur Typ Weber A rechts

Der Beschwerdeführer sei mit persistierenden Beschwerden und einer Wundheilungsstörung nach operativ versorgter distaler Fibulafraktur rechts zugewiesen worden. Klinisch und radiologisch habe sich hier der Verdacht einer zusätzlichen Talusfraktur gestellt, der sich in der CT bestätigt habe. Da der Unfall bereits vier Wochen zurückliege, habe man sich auch wegen der Wundheilungsstörung rechtslateral

entschlossen, mit Dr. med. N.____, Leiter Fussteam, [...], konsiliarisch in Kontakt zu treten. Er habe aufgrund der guten Stellung der Fragmente und des vergangenen Zeitraumes ein konservatives Vorgehen mittels Anlage eines gespaltenen Unterschenkelliegegipses unter vollständiger Entlastung für insgesamt vier Wochen empfohlen. Auch die laterale Wundheilungsstörung werde zum jetzigen Zeitpunkt konservativ weiterversorgt.

6.3 Dr. med. L.____ hielt aufgrund der ambulanten Behandlung vom 22. August 2008 fest (S.A. 11), der Beschwerdeführer sei seit der Hospitalisation ohne Belastung im Gips. Der Wundverlauf sei bezüglich der lateralen Wundsituation, welche initial etwas heikel sei, stabil. Die CT vom 11. August 2008 zeige eine unveränderte Situation. Er empfehle nun eine Teilbelastung mit sukzessivem Aufbau der Belastung unter Physiotherapie mit Verbesserung der Gelenksituation, Propriozeption und Gangbild. Die Therapie mit Fragmin solle noch für fünf Tage weiter genommen werden. Der Gips könne weggelassen werden und es gelte ein Sportverbot für mindestens drei Monate, abgesehen vom Schwimmen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bezüglich der Stelle auf der Post mit Schieben von sehr schweren Lasten weiterhin 100 %. Diesbezüglich sollte sicher bis drei Monate nach dem Unfall zugewartet, resp. eine leichtere Arbeit, am besten im Büro oder in der Disposition, ausgeübt werden. Bezüglich der gewünschten Schraubenentfernung über dem lateralen Malleolus empfehle sich eine abwartende Haltung bis zur kompletten Wundberuhigung. Aktuell seien noch Schorf und eine Rötung sichtbar, ohne Infekt.

6.4 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Januar 2009 (S.A. 43) hielt Dr. med. univ. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, in seiner Beurteilung fest, nach der Luxationsfraktur des OSG rechts mit primär übersehener Talusfraktur zeige sich ein akzeptables Behandlungsergebnis. Die normale alltägliche Belastung werde vom Beschwerdeführer gut toleriert. Eine schwere körperliche Belastung, insbesondere das Ziehen und Stossen von schweren Lasten, wie sie in der jetzigen Tätigkeit (ab 17. November 2008 Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 %, vgl. S.A. 40) nötig wäre, sei aufgrund der Verletzung in Zukunft nicht mehr möglich. Festgehalten werden müsse auch, dass nicht nur von den diagnostizierten und radiologisch nachweisbaren Frakturen (Aussenknöchelfraktur Typ Weber A und Talusfraktur) ausgegangen werden müsse, sondern auch von ausgedehnten Läsionen des Kapselbandapparates des OSG durch die Luxation. Durch diese Verletzungen resultiere wahrscheinlich die bereits deutliche Bewegungseinschränkung im OSG, insbesondere der Pro- und Supination. Aufgrund der radiologischen und klinischen Befunde müsse auch ohne starke Belastung mittelfristig mit einer Arthrose gerechnet werden.

Die Unfallkausalität für die Belastungsintoleranz und -einschränkung sei gegeben. Für körperlich schwere Tätigkeiten wie das Heben und Tragen von schweren Lasten über 30 kg sowie insbesondere das Ziehen und Stossen von schweren Lasten, wie sie in derzeitiger beruflicher Tätigkeit ausgeübt werden müsse, bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten bestehe seit Anfang Januar 2009 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Von medizinischer Seite werde die Eingliederung in eine andere, den Verletzungsfolgen angepasste Tätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit) dringend empfohlen. Von weiteren medizinischen Massnahmen sei keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten. Heute werde der Fallabschluss vorgenommen. Derzeit bestehe noch kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden.

6.5 Im Arztzeugnis UVG vom 13. Dezember 2010 (S.A. 78) hielt Dr. med. O.____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, fest, der Beschwerdeführer habe seit Wochen vermehrt Schmerzen im Bereich des rechten OSG. Er habe als Lastwagenfahrer viel Gewicht herumschleppen/stossen/ziehen müssen. Dadurch habe eine grössere Belastung im OSG-Bereich rechts stattgefunden. Seither seien wieder eine Schwellung, Schmerzen sowie ein stark hinkender Gang gegeben. Die Schwellung sei teigig, es gebe eine normale Sensibilität. Die Motorik im OSG-Bereich sei schmerzbedingt leicht eingeschränkt. Der Fussbereich sei normal. Er wies folgende Diagnosen aus: «Status nach osteosynthetisch versorgter Weber A Fraktur rechts und konservativ therapierter mehrfragmentärer Talusfraktur rechts vom 23. Juni 2008, persistierende, belastungsabhängige Schmerzen». Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor. Die Arbeitsunfähigkeit betrage voraussichtlich vom 22. Oktober bis 30. November 2010 100 %. Ab 1. Dezember 2010 sei die Arbeit wieder voll aufgenommen worden. Der Behandlungsabschluss sei unbekannt.

6.6 Dr. med. univ. P.____, Kreisarzt, beurteilte am 21. Dezember 2010 (A.S. 79) die Kausalität im Zusammenhang mit dem Rückfall als gegeben (mindestens wahrscheinlich).

6.7 Im Bericht vom 27. Dezember 2010 wiesen Dr. med. Q.____, Assistenzarzt, und Prof. Dr. med. R.____, Chefarzt, Orthopädische Klinik, [...], nach der am 30. November 2010 durchgeführten 3-Phasen-Skelett-szintigraphie und SPECT-CT des rechten Fusses (vgl. S.A. 88) folgende Diagnosen aus (S.A. 86)

Valgusarthrose OSG rechts mit medialer Überlastungszone bei Mal-Union Fibula rechts bei -Status nach konservativ behandelter Weber-A-Fraktur und mehrfragmentärer Talusfraktur rechts 2008

Status nach Hallux-valgus-Korrektur beidseits 1988

Anlässlich des Lokalbefundes des rechten Fusses zeige sich inspektorisch eine leichte Schwellung ohne Rötung oder Überwärmung. Die Bewegungsumfänge würden bei Dorsalextension/Plantarflexion 15/0/25° betragen, es gebe eine gute ligamentäre Stabilisation, eine periphere Durchblutung und eine intakte Motorik sowie Sensibilität. Daher werde die operative Therapie im Sinne einer OSG-Arthroskopie, medial zuklappenden SMOT und derotierender Fibulaosteotomie rechts empfohlen.

6.8 Im Austrittsbericht der [...], [...], vom 5. Mai 2011 (S.A. 322 S. 2 ff.) betreffend die erste Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 8. bis 24. November 2010 hielten Dr. med. S.____, Oberärztin, und Dr. med. T.____, Assistenzärztin, die folgenden Austrittsdiagnosen fest:

-Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

-Störung durch Alkohol / schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1)

-Andere physische und psychische Belastung im Zusammenhang mit der Arbeit (ICD-10 Z56.6)

-Ausgebranntsein (ICD-10 Z73.0)

-Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1)

Es seien ein körperlicher Entzug unter Temestenschutz (am 17. November 2010 beendet) und eine Vitamin-B-Supplementation durchgeführt worden, wobei keine Komplikationen aufgetreten seien und der Beschwerdeführer nicht über Trinkdruck oder Verlangen

gesprächen habe. Er habe guten Kontakt zur Gruppe gefunden und sei im Umgang freundlich ■ extrovertiert gewesen. In den ersten zwei Wochen seines Aufenthalts habe er sich stark eingeengt auf die vielen Ungerechtigkeiten, die ihm im Leben widerfahren seien, gezeigt und ein starkes Bedürfnis gehabt, seine Erlebnisse zu schildern. Mit der Verbesserung der Schmerzsymptomatik, den normalen Abklärungsbefunden und der Klärung der Arbeitsbedingungen an der neuen Stelle ([...]-Transporte) durch den internen Sozialdienst, sei der Beschwerdeführer etwas zur Ruhe gekommen und habe sich bereit gefühlt, die Stelle im Dezember 2010 anzutreten (S. 4 f.). Es sei ein Attest für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 26. November 2010 abgegeben worden.

6.9 Dr. med. univ. B.____ führte am 28. Juni 2011 (S.A. 119) aus, die geplante Operation vom 29. Juni 2011 im [...] durch Prof. Dr. Dr. med. U.____ sei mit mindestens erforderlicher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23. Juni 2008 zurückzuführen. Die aktuellen Beschwerden sowie die geplante Operation seien demgegenüber nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. Mai 2011 (Verknacksen des Fusses; vgl. S.A. 121) zurückzuführen. Die Arbeitsunfähigkeit ab 5. Mai 2011 könne vorläufig durch die Beschwerdegegnerin übernommen werden. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei abhängig vom postoperativen Verlauf und der konkret durchgeführten Operation.

6.10 Im Austrittsbericht des [...] vom 6. Juli 2011 hielten Prof. Dr. Dr. med. U.____, Chefarzt, Dr. med. V.____, Oberarzt, und Dr. med. W.____, Assistenzarzt, Orthopädie, während der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. Juni bis 6. Juli 2011 die folgenden Diagnosen fest (S.A. 127):

1. Osteochondrale Läsion mediale Talusschulter rechts mit/bei:

-Status nach Sturz aus LKW am 23. Juni 2008

-Osteosynthese Weber A-Fraktur

-konservativ behandelte mehrfragmentäre Talusfraktur rechts

2. Nebendiagnosen

-Adipositas permagna (BMI 41.9)

-Dyslipidämie

Es seien am 30. Juni 2011 eine OSG-Arthroskopie rechts, eine Osteotomie des medialen Malleolus, eine medial Sliding Calcaneus-Osteotomie und AMIC (Autologe Matrix-Induzierte Chondrogenese) medialer Talus rechts durchgeführt worden. Perioperativ sei ein komplikationsloser Verlauf und eine problemlose Mobilisation ohne Belastung, resp. mit 15 kg Teilbelastung möglich. Die L-Schiene und der Aircast Walker hätten aufgrund der postoperativen Schmerzen nur wenig getragen werden können. Nach der Einstellung der Analgetika sei eine etwas bessere Compliance gegeben. Vor dem Austritt seien noch Anpassungen eines gespaltenen Softcasts als Lagerungsschiene erfolgt. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand und reizlosen trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe für mindestens zehn Wochen postoperativ.

6.11 Prof. Dr. Dr. med. U.____ und Dr. med. X.____, Assistenzarzt, Behandlungszentrum Bewegungsapparat Orthopädie, [...], hielten im Bericht vom 19. Oktober 2011 (S.A. 142) fest, der Beschwerdeführer stelle sich zur Dreimonatsnachkontrolle nach der Operation vor.

Seit einer Woche könne er inzwischen wieder Velo fahren und schwimmen. Es seien reizlose Narbenverhältnisse und eine gute Stellung des Fusses vorhanden. Es bestehe ein erfreulicher Verlauf. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei erneut ausgestellt worden.

6.12 Prof. Dr. Dr. med. U.____ und Dr. med. W.____ vom Behandlungszentrum Bewegungsapparat Orthopädie, [...], stellten im Bericht vom 21. Dezember 2011 betreffend die Behandlung des Beschwerdeführers vom 5. Dezember 2011 folgende Diagnosen (S.A. 159):

Wiederaufgetretene Schmerzen OSG rechts bei

-Status nach OSG-Arthroskopie, medialer Malleolus-Osteotomie, medial sliding-Osteotomie Calcaneus, AMIC mediale Talusrolle rechts Juni 2011

Der Beschwerdeführer habe vor etwa fünf Wochen in der Physiotherapie ein Ereignis gehabt, wobei seither starke Schmerzen beim Auftreten bestünden. In der Zwischenzeit seien die Schmerzen wieder etwas zurückgegangen. Beim Röntgen zeigten sich unveränderte Stellungsverhältnisse bei konsolidierten Osteotomien. Nun durch die Regredienz der Beschwerden sei die Stockentlastung nach Massgabe der Beschwerden weiterzuführen, so auch die Physiotherapie. Eine OSME (Osteosynthesematerialentfernung) komme aufgrund der Beschwerden im Moment nicht in Frage.

6.13 Im Austrittsbericht vom 21. Februar 2012 (S.A. 175) hielten Prof. Dr. Dr. med. U.____ und Dr. med. Y.____, Assistenzarzt, [...], nach der am 21. Februar 2012 durchgeführten Arthroskopie OSG mit Débridement bei ventralem Impingement und Entfernung Osteosynthesematerial Kalkaneus und Malleolus medialis rechts (S.A. 172) die Diagnose «störendes OSME rechts bei Status nach OSG-ASK, med. Malleolus OT, med. Sliding OT, AMIC med. Talus» fest. Es sei ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf gegeben und es bestünden keine Auffälligkeiten auf der Kurzzeitklinik. Beim Austritt seien reizlose Wunden gegeben. Es würden regelmässige Wundkontrollen durch den Hausarzt durchgeführt und der Fadenzug erfolge nach 14 Tagen. Es sei eine schmerz- und ergussabhängige Vollbelastung des Gelenkes möglich und die Gehstöcke könnten für zwei Wochen benützt werden. Für zwei Wochen sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig und in sechs Wochen erfolge eine klinische Kontrolle.

6.14 Dr. med. univ. B.____ führte am 26. Juni 2012 aus (S.A. 254), aufgrund der unklaren Schmerzproblematik könne aktuell eine Operation nicht befürwortet werden.

6.15 Prof. Dr. med. R.____, Chefarzt, und Assistenzarzt Z.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], hielten im Bericht vom 3. August 2012 folgende Diagnosen fest (S.A. 294):

Persistierende Schmerzen Rückfuss rechts bei

-Status nach OSG-Arthroskopie, mediale Malleolus-Osteotomie, Medial sliding-Osteotomie Calcaneus und AMIC-Plastik mediale Talusrolle rechts am 30. Juni 2011 bei

-Arthroskopie OSG mit Débridement bei ventralem Impingement und Entfernung des Osteosynthesematerial Calcaneus und Malleolus medialis rechts am 21. Februar 2012

Beim Beschwerdeführer liege eine komplexe Situation nach oben genanntem Unfall mit nachfolgender Operation bei gegebener Kausalität zwischen dem Unfall und den jetzigen

Beschwerden vor. Die Schmerzen im medialen Fersenbereich seien am ehesten durch Vernarbungen im Bereich des N. tibialis respektive seiner Aufzweigung in den Plantaris medialis sowie lateralis zu erklären. Hier bestehe ein deutlicher Druckschmerz. Darüber hinaus bestehe eine klare Druckdolenz im Ansatzbereich der Plantarfaszie, an der Stelle, wo die Fersenosteotomie durchgeführt worden sei. Ausserdem liege eine Spitzfussstellung vor. Dies könne durch gelenkblockierende Überreste der AMIC-Plastik im ventralen OSG-Bereich bedingt sein. Aus diesem Grund werde die Durchführung einer OSG-Arthroskopie mit zentralem Débridement und Entfernung sämtlicher störender Restmaterialien der AMIC-Plastik empfohlen. Im gleichen Schritt werde über eine mediale Inzision am Calcaneus ein Release des N. tibialis respektive seiner Äste durchgeführt.

6.16 Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater, hielt aufgrund der psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers am 14. August 2012 mit Bericht vom 15. August 2012 folgende Diagnosen fest (S.A. 300):

-Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit selbstunsicheren, paranoiden und ausgeprägt misstrauischen Zügen

-Essattacken (ICD-10 F50.4)

-Status nach mindestens schädlichem Gebrauch von Alkohol, Herbst 2010 (ICD-10 F10.1)

Die spezifische Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht eindeutig einer Unterkategorie zuordnen, so dass er von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ausgehe. Es seien etliche Persönlichkeitszüge vorhanden, wie sie bei der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung beschrieben würden. So zeige der Beschwerdeführer eine andauernde misstrauische Haltung gegenüber der Welt und einen ausgeprägten sozialen Rückzug. Er berichte von einem andauernden Gefühl von Anspannung. Es bestünden eine ausgeprägte Selbstunsicherheit und abhängige Züge. So sehe er sich immer in einer Abhängigkeit von anderen Personen, was vor allem am Arbeitsplatz seine subjektiven persönlichen Freiräume massiv einschränke. Weiter bestünden Symptome wie sie bei paranoiden Persönlichkeitsstörungen gesehen würden. Es bestehe eine Neigung, dauerhaft Groll zu hegen, wie es gegenüber der Physiotherapeutin geäussert werde. In diesem Kontext zeige sich auch eine gewisse Selbstbezogenheit. Der Umgang mit den Schmerzen im Rahmen der unfallversicherten Verletzung des rechten Sprunggelenkes könne im Rahmen dieser Persönlichkeitsstörung gesehen werden (S. 19 f.). Das Erscheinungsbild der Schmerzverarbeitungsproblematik gehe über das Bild einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hinaus. Es sei zwar ein kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz vorhanden. Der Hauptfokus der Aufmerksamkeit liege jedoch nicht nur auf dem Schmerz, sondern auch auf den Beziehungsaspekten im Rahmen des Behandlungsumfeldes. Es sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden, dass es sinnvoll sei, die psychotherapeutischen Behandlungen wieder aufzunehmen. Unabhängig von den Schmerzen wäre es wichtig, die lebensgeschichtlichen Ereignisse und die dauernde Drucksituation unter der er leide, zu behandeln. Dies könnte auch einen positiven Effekt auf das Schmerzerleben zeigen (S. 20).

6.17 Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 27. August 2012 (S.A. 317) fest, zwei anerkannte Fuss-Spezialisten (Prof. U.____ und Prof. E.____) hätten die Indikation zu einer diagnostischen und therapeutischen OSG-Arthroskopie gestellt. Das Schmerzverhalten des

Beschwerdeführers möge zwar teilweise auch durch die psychiatrisch festgestellte Persönlichkeitsstörung beeinflusst sein (Exploration vom 14. August 2012 durch Dr. C.____), ein unfallbedingtes Substrat am Fuss lasse sich aber nicht verneinen. Bei orthopädisch nachvollziehbarer Indikation und realistischer Chance für eine erhebliche Besserung werde also empfohlen, dem [...] eine entsprechende Kostengutsprache zu erteilen.

6.18 Dr. med. AA.____, Facharzt für Neurologie FMH, EEG & ENMG & Zerebrovaskuläre Medizin, führte im Bericht vom 17. Oktober 2012 (S.A. 345) aus, er könne die Beschwerden und Behinderungen des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht nicht erklären. Die eingehende neurologische Untersuchung inkl. Neurographie ergebe keine Hinweise auf eine peripher-neurogene Läsion als Ursache der Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Er finde auch keinen typischen Befund für ein CRPS (Complex regional pain syndrome). Gegeben sei eine diskrete sensible Polyneuropathie mit vorwiegend Tiefensensibilitätsstörung. Aufgrund der Symmetrie der Befunde stehe dies sicher nicht im Zusammenhang mit diesen rechtsseitigen Fussbeschwerden (S. 2).

6.19 Dr. med. C.____ hielt aufgrund seiner psychiatrischen Beurteilung vom 13. November 2012 (S.A. 355) fest, die beiden Berichte ([...] vom 5. Mai 2011, vgl. E. II. 6.8 hiervor, und Dr. med. AB.____ vom 5. November 2012, S.A. 352) ergäben keine wesentlichen Änderungen seiner diagnostischen Beurteilung im Bericht vom 15. August 2012 (vgl. E. II. 6.16 hiervor).

6.20 Prof. Dr. med. R.____ führte im Operationsbericht vom 29. Oktober 2012 (S.A. 250) die Diagnose «persistierendes Schmerzsyndrom Rückfuss rechts» auf und hielt fest, es sei am 25. Oktober 2012 eine Arthroskopie mit arthroskopischem Débridement des oberen Sprunggelenkes und eine Neurolyse N. tibialis OSG rechts durchgeführt worden. Anlässlich der Nachkontrolle des Beschwerdeführers vom 3. Dezember 2012 wurde im Bericht vom 11. Dezember 2012 (S.A. 368) weiterhin die Hauptdiagnose eines «persistierenden Schmerzsyndroms Rückfuss rechts» festgehalten. Die am 25. Oktober 2012 durchgeführte Neurolyse des Nervus tibialis habe nur eine 24stündige vollständige Regredienz der präoperativ beklagten Beschwerden gezeigt. Gemäss dem Beschwerdeführer sei es durch das Erzwingen der plantigraden Haltung im Softcast erneut zum Aufflammen der Schmerzen gekommen. Hilfreich wäre die Durchführung der Physiotherapie, jedoch mittels Ultraschall bzw. Elektrotherapie. Es werde empfohlen, diese weiterhin durchzuführen und es sei eine entsprechende Verordnung ausgestellt worden. Dies auch betreffend die Wassertherapie. Schmerzmittel möchte der Beschwerdeführer trotz kontinuierlicher Beschwerden nicht einnehmen. Ein Hochlagern der Extremität führe zu einer geringen Regredienz der Beschwerden. Der Vorschlag einer erneuten ambulanten Therapie bzw. Vorstellung in einer Schmerzlinik werde aktuell nicht gewünscht. Es werde eine abwartende Haltung empfohlen.

6.21 Prof. Dr. med. AC.____, Rheumatologie FMH, Innere Medizin FMH, [...], hielt im Bericht vom 4. Februar 2013 fest (S.A. 412), er könne die Diagnose eines CRPS I des rechten Fusses bei Status nach verschiedenen operativen Eingriffen nach einer Distorsions-Verletzung 2009 bestätigen. Sowohl die Symptomatik als auch der klinische Befund seien eindeutig, wobei er den Beschwerdeführer nicht habe untersuchen dürfen. Er habe dennoch betreffend die Therapien entsprechende Empfehlungen unterbreitet: Prednison-Therapie; Betablocker-Therapie; Bisphosphonat-Therapie und Analgesie sowie Spiegel-Therapie. Der Beschwerdeführer versteife sich jedoch weiterhin auf theoretische

Vermutungen zur Genese und Ätiologie der Erkrankung, die er aus dem Internet habe und die das therapeutische Procedere nicht beeinflussen würden.

6.22 Anlässlich der triplanaren, nativen und i.v. kontrastmittelverstärkten MRI des rechten Sprunggelenks vom 11. Februar 2013 (S.A. 419), stellte Dr. med. AD.____, Spezialarzt FMH für medizinische Radiologie, [...], eine gute ossäre Konsolidation und eine achsengerechte Stellung der Calcaneusfraktur fest. Es seien eine Arthrose des oberen Sprunggelenks und eine diskrete Talonavicular-Arthrose mit Reizerguss im oberen und unteren Sprunggelenk gegeben. Die dargestellten Ligamente und Sehnen seien intakt. Kernspintomographisch gebe es keinen Nachweis einer ossären Demineralisation im Sinne eines Morbus Sudeck. Eine Vor-MR-Untersuchung des Sprunggelenks liege zum Vergleich nicht vor.

6.23 Prof. Dr. med. E.____ diagnostizierte im Bericht vom 27. Februar 2013 ein «chronisches Schmerzsyndrom bei progressivem Spitzfuss» (S.A. 438). Es handle sich zweifellos um eine komplexe Problematik mit einer gewissen zentralen Überlagerung. Zum einen bestehe eine Dystrophie-Situation, die jegliches aktives Vorgehen in Frage stelle. Der Beschwerdeführer argumentiere sehr kritisch und verlange insbesondere ein Zurückstellen der Ferse. Die Problematik sei aber viel komplexer. Im Vordergrund scheine die Spitzfussstellung zu sein. Die Schmerzen kämen wahrscheinlich weiterhin vom Nervus tibialis her, möglicherweise auch in Folge einer Schädigung eines plantaren Astes.

6.24 Dr. med. AE.____, Orthopäde, [...], nannte im Bericht vom 19. April 2013 die Hauptdiagnose eines komplexen Schmerzsyndroms Rückfuss rechts (S.A. 471) bei bereits mehrfach voroperiertem Fuss mit mittlerweile dorsal deutlich verkürzten Verhältnissen. Bezüglich der Indikationsstellung der medial sliding Osteotomie werde der Beschwerdeführer an die Operateure verwiesen. Ob die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden allein auf den Rückfussvarus zurückzuführen seien, halte er zumindest für fraglich, da zumindest von einer konsolidierten Osteotomie ausgegangen werden müsse. Bei bereits wohl mindestens zweimal postoperativ aufgetretenem Morbus Sudeck bestehe derzeit ein sehr hohes Risiko auf ein erneutes Rezidiv, so dass dem Beschwerdeführer vor einem solchen Eingriff abgeraten werde und Dr. med. AE.____ auch nicht bereit sei, einen solchen durchzuführen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Mai 2011 100 %.

6.25 Dr. med. AB.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 17. Mai 2013 folgende Diagnosen fest (S.A. 483):

-Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis phasenweise mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0) bei Vorliegen diverser psychosozialer Belastungsfaktoren

-Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen: narzisstische (ICD-10 F60.8)

-DD: Kombinierte Persönlichkeitsstörung (abhängige-selbstunsichere Züge)

-Psychosoziale Belastungsfaktoren: chronische Ehekrise, Angst vor dauerhafter Arbeitslosigkeit durch «Invalidisierung» aufgrund einer schmerzhaften «Fussfraktur», Erschöpfungssyndrom, phasenweise ausgeprägtes Stottern. Sorgen um den somatisch erkrankten Sohn (30jährig, aus erster Ehe, in München lebend)

Seit dem Beginn der zweiten Therapie am 24. Januar 2013 hätten insgesamt 14 Konsultationen stattgefunden, wobei die Frequenz circa wöchentlich sei. Es finde wie schon beim letzten Mal eine Psychotherapie statt (im Sinne einer Krisenintervention),

überwiegend mit supportiver Therapie (mit verhaltenstherapeutischen Elementen) und psychopharmakologischer Therapie (aus Compliancegründen bei der Medikation auf phasenweise Hypnotika beschränkt). Erneut sei neben der Entlastung (unter anderem wieder mittels kognitiver Umstrukturierung und Arbeit am Krankheitsmodell) auch die Arbeit am Selbstwertgefühl stark im Vordergrund gestanden. Vor allem initial aber auch im Verlauf sei es zu einer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit Insuffizienzgefühlen und ausgeprägten existenziellen Ängsten gekommen. Im bisherigen Verlauf sei es zunehmend gelungen, eine Stabilisierung zu erreichen, wobei sich ein labiles psychisches Gleichgewicht eingestellt habe, mit bekannt erniedrigter Frustrationstoleranz und ausgeprägter Vulnerabilität gegenüber psychosozialen Belastungsfaktoren. Eine psychopharmakologische Therapie der depressiven Symptomatik (im engeren Sinne) sei, wie schon bei der letzten Therapiephase, durchgängig abgelehnt worden. Dies trotz im bisherigen Therapieverlauf einmalig aufgetretener passiver Sterbenswünsche während einer psychosozialen Belastungssituation. Ebenso werde bisher eine analgetische Medikation abgelehnt, aufgrund heftigster Nebenwirkungen im Vorfeld. Dennoch sei es bereits zu einer Teilremission der depressiven Symptomatik gekommen mit erfreulicher Stimmungsaufhellung und erneuter Hoffnung auf einen ärztlichen Therapieerfolg. Eine Fortsetzung der supportiven Therapie sei sicher empfehlenswert.

6.26 Im Bericht vom 12. Juni 2013 führten PD Dr. med. AF.____, Leiter stationäre Schmerztherapie, und Prof. Dr. med. AG.____, Leiter Bereich für Schmerztherapie, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, [...], aufgrund der ambulanten Sprechstunde vom 4. Juni 2013 folgende Diagnosen auf (S.A. 490):

Persistierendes chronisches Schmerzsyndrom rechter Fuss, DD: neuropathisch CRPS mit/bei

-Status nach Weber A und Taluskörperfraktur rechts 2008

-Status nach OSG-Arthroskopie Juni 2011 und Februar 2012

-Status nach OSG-Arthroskopie und Neurolyse N. tibialis OSG rechts Oktober 2012

In den durchgeführten elektrischen Schmerzschwellenmessungen deute ein reduzierter Wert auf eine zentrale Sensibilisierung hin. In der klinischen Untersuchung zeigten sich ein deutlich in der Bewegung eingeschränktes Sprunggelenk mit leicht trophischen Veränderungen, aber keine Rötung, kein Temperaturunterschied zum Gegenfuss und keine Allodynie. Druckdolenzen beständen vor allem im Bereich des Talus und Calcaneus sowie im dorsalen Rückfuss. Im medialen Fussbereich werde eine Hypersensibilität angegeben. Zur komplexen Schmerzproblematik könnten mehrere Faktoren beitragen. In erster Linie bestehe hier ein ungünstiger Verlauf nach Talusfraktur mit möglicherweise Irritation des N. tibialis und Entwicklung eines CRPS. Ungünstig könnten sich auch die mögliche zentrale Sensibilisierung sowie die emotionale Belastung des Beschwerdeführers, vor dem Hintergrund nicht richtig behandelt zu werden, negativ auswirken. Wichtig erscheine daher vor allem ein ausführlich klärendes Gespräch von orthopädischer Seite aus über den bisherigen Verlauf und das Krankheitsmodell des Beschwerdeführers. Dabei werde von weiteren chirurgischen Eingriffen eher abgeraten, ausser es bestehe eine klare Indikation, mit der auch eine Verbesserung herbeigeführt werden könne. Sobald dies dem Beschwerdeführer eindeutig übermittelt worden sei und auch keine weiteren Operationen mehr vorgesehen seien, empfehle sich ein multimodaler schmerztherapeutischer Ansatz mit psychologischer Unterstützung, vorsichtigem physiotherapeutischem Aufbau mit

Desensibilisierung und Coping-Strategien sowie eine medikamentöse antirheumatische Schmerztherapie.

6.27 Dr. med. AH.____, Oberarzt, und Dr. med. AI.____, Assistenzärztin, Universitätsklinik für Neurologie, [...], führten im Bericht vom 17. September 2013 anlässlich der durchgeführten motorischen und sensiblen Neurographien (S.A. 575) aus, die distale motorische Neurographie des N. tibialis rechts sei normal. In der Neurographie des N. tibialis links (asymptomatische Seite) zeige sich eine leicht verminderte Amplitude des Muskelsummenpotentials, dies sei am ehesten technisch bedingt bei Knöchelödemen erklärbar. In der sensibel-orthodromen Neurographie des N. plantaris medialis könnten beidseits keine ortständigen sensiblen Reizwerte reproduziert werden, wobei der Beschwerdeführer höhere Stromstärken nicht toleriert habe und die Untersuchung deshalb vorzeitig habe abgebrochen werden müssen. Somit könne elektrophysiologisch eine Kompressionsneuropathie im Bereich des Tarsalkanals weder bestätigt noch ausgeschlossen werden.

6.28 Prof. Dr. med. AJ.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/Sportmedizin SGSM, [...], legte in seinem Schreiben an den Beschwerdeführer vom 26. September 2013 (S.A. 591) dar, es werde in Bezug auf die Schmerzproblematik keine Lösung mit einer Operation geben. Auch die Amputation werde das Problem nicht lösen, da der Beschwerdeführer weiterhin intensivste Schmerzen im Sinne von Phantomschmerzen haben werde. Die einzige Lösung sei, dass er sich unverzüglich in ein multimodal aufgestelltes Schmerzbehandlungsprogramm begeben.

6.29 Der Kreisarzt Dr. med. univ. B.____ hielt aufgrund des Telefongesprächs mit Dr. med. AK.____, Facharzt Anästhesiologie und Interventionelle Schmerztherapie FMH, Chefarzt, [...], vom 4. November 2013 (S.A. 626) fest, das stationäre Schmerzprogramm sei intensiv mit Physiotherapie, Psychotherapie und Gruppentherapien. Diese Therapien habe der Beschwerdeführer abgelehnt, weshalb eine stationäre Schmerztherapie nicht in Frage komme. Der Beschwerdeführer habe ausschliesslich eine Neurolyse und gleichzeitig die Umstellung des Fersenbeins gewollt. Dies sei im [...] nicht möglich und gemäss Dr. med. AK.____ auch nicht indiziert.

6.30 Aufgrund des Telefonats mit Prof. Dr. med. AJ.____, hielt Dr. med. univ. B.____ am 21. November 2013 fest (S.A. 646), aus dessen Sicht brauche der Beschwerdeführer eine Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik bzw. eine intensive psychiatrische, nicht jedoch eine chirurgische Behandlung. Chirurgisch bestehe keine realistische Aussicht auf eine Besserung. Bei einer Amputation würde mit grosser Wahrscheinlichkeit die gleiche Problematik in Form von Phantomschmerzen beklagt.

6.31 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Januar 2014 hielt Dr. med. univ. B.____ folgende Hauptdiagnose fest (S.A. 672) «subjektiv starke belastungsabhängige Schmerzen und Unmöglichkeit der Belastbarkeit Fuss rechts». Der Beschwerdeführer beklage anlässlich der heutigen Konsultation eine extreme Schmerzhaftigkeit des rechten Fusses bereits in Ruhe mit der Unmöglichkeit einer Belastung. Er führe die Beschwerdesymptomatik auf ein Extensionsmanöver durch die Physiotherapie im Jahre 2012 zurück. In den bisherigen Abklärungen habe kein wahrscheinliches Korrelat für das Ausmass der Beschwerdesymptomatik gefunden werden können. In den schmerztherapeutischen Abklärungen gebe es Hinweise auf eine Verselbständigung des Schmerzgeschehens. Aufgrund der bisherigen Berichte und durchgeführten Abklärungen

sei davon auszugehen, dass es sich bei der Beschwerdesymptomatik überwiegend um eine funktionelle Störung handle. Restbeschwerden bei starker Belastung wären plausibel, nicht jedoch das geklagte Ausmass. Vorbehaltlich einer konkreten Diagnose und eines konkreten Behandlungsvorschlages durch Prof. Dr. med. E. ___ sei aufgrund der bisherigen Berichte davon auszugehen, dass von weiteren medizinischen Massnahmen (abgesehen einer Psychotherapie) keine wesentliche Verbesserung erreicht werden könne. Die bisherige Tätigkeit sei aufgrund der objektivierbaren Berichte nicht mehr möglich. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sollte für eine wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere, überwiegend sitzende Tätigkeit grundsätzlich eine ganztägige Arbeitsfähigkeit unter der Voraussetzung bestehen, dass das rechte Bein frei positioniert werden könne und keine längere Zwangshaltung des rechten Fusses notwendig sei. Idealerweise sollte das rechte Bein bei Bedarf hochgelagert werden können.

Gemäss Tabelle 5.2 gebühre dem Beschwerdeführer bei einer mässigen OSG-Arthrose eine Integritätsentschädigung von 5 bis 15 %. Aufgrund der objektivierbaren Befunde mit mässiger Arthrose des OSG werde der Integritätsschaden mit 15 % festgelegt (S.A. 671).

6.32 Am 11. Februar 2014 (S.A. 681) hielten Prof. Dr. med. E. ___, PD. Dr. med. AL. ___, Leitender Arzt, und Assistenzarzt AM. ___, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], aufgrund der Nachkontrolle vom 27. Januar 2014 die Hauptdiagnose eines «persistierenden Schmerzsyndroms Rückfuss rechts DD Ödeme» fest. In einem ausgedehnten Gespräch sei dem Beschwerdeführer von einer operativen Sanierung abgeraten worden. Insbesondere sehe Prof. AN. ___ keine neurologische Klinik/Entrapment des Nervus tibialis. Dem Beschwerdeführer werde nun bei schwellungsbedingten Schmerzen eine weitere konservative Therapie mit Lymphdrainage sowie dem Tragen von Unterschenkelkompressionsstrümpfen geraten.

6.33 Am 26. Februar 2014 (S.A. 684) hielt Dr. med. univ. B. ___ fest, es könne gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 27. Januar 2014 sowie den Verlaufsbericht vom 11. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.31 f. hiervor) in somatischer Hinsicht davon ausgegangen werden, dass ein stabiler medizinischer Endzustand vorliege und durch weitere medizinische Behandlungsmassnahmen keine wesentliche Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes zu erwarten sei.

6.34 Dr. med. AO. ___, Oberarzt, und M. Sc. AP. ___, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, [...], stellten im Austrittsbericht vom 27. März 2014 (S.A. 711) betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 28. Januar bis 14. März 2014 folgende Diagnosen:

Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei/mit:

-Status nach Osteosynthese Weber A Fixation rechts und später diagnostizierte mehrfragmentäre, konservativ behandelte Taluskörperfraktur rechts nach Sturz (Arbeitsunfall) Juni 2008

-Status nach OSG Arthroskopie rechts, Osteotomie des medialen Malleolus und medial Sliding-Calcaneus-Osteotomie und AMIC-Plastik medialer Talus rechts Juni 2011 (Prof. U. ___)

-Status nach OSG Arthroskopie rechts mit Débridement bei ventralem Impingement und Metallentfernung Calcaneus und Malleolus medialis rechts Februar 2012 (Prof. U.____)

-Status nach Arthroskopie und Débridement, Neurolyse N. tibialis rechts Oktober 2012 (Dr. AL.____)

Der Beschwerdeführer sei während des gesamten Aufenthalts stark auf die Schmerzen im Fuss eingeeignet gewesen und habe sich wiederkehrend heftig darüber aufgeregt, dass von den Ärzten bisher nicht anerkannt worden sei, dass seine Schmerzen durch die Calcaneus-Osteotomie verstärkt worden seien. Er berichte, sich von den meisten vorbehandelnden Personen und den involvierten Behörden komplett unverstanden und ungerecht behandelt zu fühlen und werte diese ab. Er klage häufig über seine Schmerzen und fühle sich dadurch stark beeinträchtigt in alltäglichen Aktivitäten wie Selbstpflege und Mobilität. Schmerzfrei fühle er sich nur, wenn er auf dem Bauch liegen und den Fuss an der Bettkante runterhängen lassen könne. Sitzen sei ihm während circa einer Stunde möglich gewesen, wenn er den Fuss habe hochlagern können. Trotz der Schmerzen sei es ihm meistens gelungen, am Therapieprogramm teilzunehmen. Die Symptomatik werde als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) eingeschätzt. Der Beschwerdeführer habe die Einschätzung geteilt, wonach die Schmerzen eine somatische Ursache hätten, jedoch bei Konfrontation mit belastenden Themen verstärkt werden könnten. Ein wichtiger Fokus der Behandlung sei auf den Aufbau von positiven Aktivitäten und die Erhöhung von Selbstzuwendung gerichtet worden. Die dazugehörigen Protokolle habe der Beschwerdeführer zuverlässig ausgefüllt und es sei ihm zeitweise gelungen, sich durch Spielen, Lesen, Gitarre spielen und die Gemeinschaft mit anderen Patienten positiv zu beschäftigen. Von pharmakologischer Seite sei eine Therapie mit Duloxetin begonnen worden, die aber wegen gastrointestinaler Nebenwirkungen auf Wunsch des Beschwerdeführers wieder abgesetzt worden sei. Zolpidem habe er jedoch trotz dem Hinweis auf das Abhängigkeitspotential eingenommen. Beim Austritt sei er niedergestimmt und wenig hoffnungsvoll in Bezug auf seine Zukunft gewesen. Er habe sich durch die diversen psychosozialen Belastungsfaktoren (u.a. finanzielle Schwierigkeiten und unklare Wohnsituation) sehr belastet gefühlt. Aufgrund der starken Fusschmerzen, der deutlich reduzierten psychischen Belastbarkeit und den diversen psychosozialen Belastungsfaktoren werde die Arbeitsfähigkeit bis auf weiteres auf 0 % geschätzt.

6.35 Im Bericht vom 13. Mai 2014 (S.A. 726) stellten Dr. med. AQ.____, Oberarzt, und Dr. med. AR.____, Assistenzarzt, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], die Hauptdiagnose: «Rückfuss rechts: Persistierendes Schmerzsyndrom» und hielten in der Beurteilung fest, es zeige sich ein positiver Verlauf nach durchgeführter Psychotherapie sowie der Massage durch die Ehefrau, weshalb der Beschwerdeführer nun von einer Rehabilitation (Weichteilmobilisation und Massage) profitieren würde.

6.36 Dr. med. univ. B.____ führte am 1. Juli 2014 (S.A. 739) aus, es sei keine wesentliche Verschlechterung (Rentenrückfall) der Unfallfolgen vorhanden, wahrscheinlich bestehe eine psychiatrische Problematik. Gemäss dem [...] sei keine objektivierbare somatische Verschlimmerung vorhanden und die Kosten für eine stationäre Behandlungsmassnahme könnten nicht durch die Beschwerdegegnerin übernommen werden.

6.37 Dr. med. AS.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte am 4. Dezember 2014 im Auftrag der [...], ein Psychiatrisches Gutachten (Beschwerdebeilage Vertretung des Beschwerdeführers Nr. 8). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 10):

-Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61.0)

-Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

-Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Aufgrund der kombinierten Persönlichkeitsstörung, der depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung sei die Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei auf sein Schmerzleben fixiert. Auf dem Hintergrund der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung könne er nicht adäquat mit seinen Schmerzen umgehen. Es liege auch ein primärer Krankheitsgewinn vor. Der Beschwerdeführer habe in der Arbeitswelt schon immer Mühe gehabt, sich schlecht behandelt gefühlt, diskriminiert, und habe sich ausser durch Kündigung kaum wehren können. Im Symptom Schmerz sei nun diese Rolle des Opfers fixiert und er könne aufgrund der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur aus dieser Rolle kaum herausfinden. Das Symptom Schmerz führe auch zu einer gewissen Entlastung, da er sich jetzt nicht mehr der als diskriminierend erlebten Arbeitswelt aussetzen müsse. Auch aufgrund der depressiven Störung, der depressiven Verstimmungen, der Freudlosigkeit und der mangelnden psychischen Belastbarkeit, sei die Arbeitsfähigkeit herabgesetzt. Eine schwere depressive Störung liege jedoch nicht vor. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Beschwerdeführer daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um wohl ab Januar 2014 (stationäre Behandlung in der [...], S. 13) zu 50 % einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Dies sowohl in seinen bisherigen Tätigkeiten als Verwaltungsbeamter, IT-Spezialist und Chauffeur als auch in jeder anderen beruflichen Tätigkeit.

6.38 Dr. med. AT.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, erstellte am 5. Dezember 2014 ein rheumatologisches Gutachten für die [...] (Beschwerdebeilage Vertretung des Beschwerdeführers Nr. 9). Darin stellte er die folgende Hauptdiagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: «Chronisches immobilisierendes Schmerzsyndrom des rechten Fusses» (S. 39). Zusammengefasst fänden sich heute keine klinischen Zeichen eines floriden CRPS, was allerdings das frühere Vorliegen einer derartigen Problematik nicht ausschliesse. Es finde sich eine erhebliche Fehlstellung des Fusses in Spitzfussstellung, was ein normales Gehen erschwere. Schmerzbedingt könne der Beschwerdeführer den Fuss gemäss eigenen Angaben überhaupt nicht belasten und sei auf zwei A-Stöcke angewiesen. Allerdings fahre er mit diesem Fuss selbst Auto, dies als Lenker (S. 41). Für den Beruf eines Chauffeurs bestehe seit 5. Mai 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. In einer Tätigkeit, in der er vorwiegend sitzen, den Fuss mindestens auf Stuhlhöhe hochlagern könne und keine schweren oder mittelschweren Lasten bewältigen müsse (z.B. PC-Arbeit), bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % auf ein Ganztagspensum. Dies ab 27. Januar 2014 (Untersuchung Dr. med. B.____) oder der Skelettszintigraphie vom 3. April 2014. Leider sei es nicht besser möglich, diesen Zeitpunkt zu determinieren (S. 43).

6.39 Dr. med. AU.____, Chefarzt Fuss- und Sprunggelenkchirurgie, [...], hielt im Bericht vom 26. März 2015 folgende Diagnosen fest (Beschwerdebeilage Vertretung des Beschwerdeführers Nr. 13): «Verdacht auf Pseudarthrose rechter Calcaneus bei Zustand nach Calcaneusverschiebeosteotomie, Innenknöchelosteotomie und AMIC-Membran Talus

rechts von 2011 alio loco mit hochschmerzhaftem komplexem regionalem Schmerzsyndrom bei Verdacht auf stattgehabte Tibialis posterior-Nervenaffektion». In der Gesamtschau des Fusses sei aufgrund der unzureichenden knöchernen Durchbauung und der Vielzahl der bereits stattgefundenen Operationen, der starken Schmerzen, nicht von einem verlorenen Benefit durch eine erneute Operation auszugehen. Dem Beschwerdeführer sei die Operation einer Amputation im Unterschenkelbereich mit prothetischer Versorgung als mögliche Lösung präsentiert worden. Eine rekonstruktive Massnahme im Bereich des Sprunggelenkes verbiete sich hingegen. Bezüglich der möglichen Einsetzbarkeit auf dem Arbeitsmarkt wäre dem Beschwerdeführer lediglich eine sitzende Tätigkeit für zwei bis drei Stunden täglich mit hochgelagertem Bein zumutbar. Hierbei bleibe allerdings noch zu beantworten, wie er den Arbeitsplatz erreichen sollte, da längere Fahrstrecken nicht möglich seien. Die Einrichtung eines Heimarbeitsplatzes auf kurze Zeit wäre ihm gegebenenfalls zumutbar. Es werde die Einholung eines fachärztlichen Gutachtens auf dem Gebiet der Orthopädie/Unfallchirurgie empfohlen. Es gebe keinen Hinweis auf Aggravation oder sekundären Krankheitsgewinn.

6.40 Dr. med. AV.____, Facharzt für Chirurgie, Fusschirurgie, hielt im Bericht vom 1. Mai 2015 unter anderem fest (Beschwerdebeilage Vertretung des Beschwerdeführers Nr. 15), es bestünden zum jetzigen Zeitpunkt beim Beschwerdeführer ein deutlich geschwollenes OSG und USG, Krallenzehen D 2 - 5 und ein Hallux malleus. Die Pro- und Supination seien schmerzbedingt aufgehoben und es bestünden eine Spitzfussstellung von 0-20-30 ° sowie ein Druckschmerz über der Ferse mediallyseitig. Die Fusspulse seien nicht palpabel (S. 4). Bezüglich weiterer Therapiemöglichkeiten gelte es festzuhalten, dass die regelrechte Heilung der AMIC-Plastik, die bisher nie geklärt worden sei, für die starken Schmerzen bei Dorsalextension im Sprunggelenk verantwortlich sein könnte. In sämtlichen Spect/CT und MRT-Untersuchungen speichere dieser Herd. Weiterhin bestehe mediallyseitig im OSG eine deutliche Arthrose mit Abflachung der Talusrolle, wodurch die Bewegung ebenfalls beeinträchtigt werden könne. In den Nativröntgenaufnahmen der Calcaneusosteotomie zeige sich eine ausgeprägte Osteopenie, die den Verdacht auf eine unzureichende knöchernen Durchbauung vermuten lasse. In den CT-Aufnahmen könne der Osteotomiespalt auch noch abgegrenzt werden. Eine Anreicherung in den Spect-CT-Aufnahmen zeige sich jedoch nur im Bereich des Ansatzes der Plantarfaszie/an der plantaren Begrenzung der Osteotomie. Die gegenwärtige Situation habe für den Beschwerdeführer eigentlich keinerlei Lebensqualität. Er sei für jegliche körperliche Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Es wäre höchstens eine sitzende Tätigkeit für maximal vier Stunden mit hochgelagertem Bein denkbar. Dann bestehe jedoch noch das Problem des Erreichens des Arbeitsplatzes. Die Beschwerden nur auf eine somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen, sei jedoch nicht gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer habe einen gebrauchsunfähigen Fuss und es sei keine körperliche Belastbarkeit mehr gegeben. Weiterhin sei hier kein leichtes Unfallgeschehen/gewöhnlicher Sturz vorgelegen, sondern ein massives Trauma des Fusses/OSG mit Luxation. Hinzu sei die primäre Fehldiagnose gekommen, wodurch eine primäre Osteosynthese der Talusfraktur nicht mehr möglich gewesen sei. Dass der gesamte Verlauf zu einer «psychischen Belastung» führe, sei nur verständlich und wäre auch bei Patienten ohne vorbestehende Depression möglich.

6.41 Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, [...], stellte im Bericht vom 27. Oktober 2015 (A.S. 136 f.) die Diagnose «Pseudarthrose im Fersenbein bei Zustand nach medialisierender Calcaneusosteotomie, beginnende OSG-Arthrose rechts». In

der Zusammenschau aller Befunde und des bildgebenden Materials glaube er nicht an einen Morbus Sudeck. Er glaube auch nicht an eine alleinige somatoforme Schmerzstörung des Patienten. Laut der klinischen Untersuchung führe er die Hauptbeschwerden auf die nicht verheilte Calcaneusosteotomie zurück, so dass hier ein nochmaliges chirurgisches Vorgehen angezeigt wäre.

6.42 Im Arztbrief vom 22. Februar 2016 (Eingabe des Beschwerdeführers Nr. 6) führte Dr. med. AW.____, Chefarzt, Fusszentrum, [...], die Diagnose «Zustand nach Fusswurzelfraktur und Rückfuss-Korrekturosteotomie, jetzt: Funktionseingeschränkter schmerzhafter Fuss rechts» auf. Auf die Calcaneusosteotomie führe der Beschwerdeführer all seine Beschwerden zurück und zeige ein Röntgenbild, das noch eine Aufhellungslinie auf Höhe der ehemaligen Osteotomie zeige. Es gebe aber auch hier durchaus Bereiche, an denen die knöcherne Brücke fest sei. Die Schnittbildgebung im Kernspin zeige dann auch keinen wesentlichen Hinweis auf eine Pseudarthrose, sodass Dr. med. AW.____ die Problematik des Beschwerdeführers vielmehr auf die kontrakte Spitzfüßigkeit, die verbunden mit der diffusen Schmerzhaftigkeit und Schwellneigung für ein Residuum eines abgelaufenen komplex regionalen Schmerzsyndroms spreche, zurückführe. Der Beschwerdeführer lege noch Wert darauf, dass die Knochenheilung noch nicht eingetreten sei und dass diese herbeigeführt werden müsse, zusammen mit der Achskorrektur. Dies sei ihm auswärts gesagt worden. Dr. med. AW.____ verweise auf die Kompetenz der Kollegen. Um aber hier sicher zu gehen, welche Art von innerer Entzündung heute noch bestehe, helfe nur die PET-CT-Untersuchung. Die intensive konservative Schmerztherapie werde vorgeschlagen, die der Beschwerdeführer in der Vergangenheit wohl schon gehabt habe, allerdings sei ihm dabei immer sehr «heftig» der Fuss gerade gedrückt worden, was die Sache immer mehr verschlimmert habe.

6.43 Die Leitende Abteilungsärztin AX.____, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, [...], Klinik für Unfall- und Fusschirurgie, berichtete am 29. Februar 2016 über die ambulante Untersuchung des Beschwerdeführers vom 9. Februar 2016 (Eingabe des Beschwerdeführers Nr. 4.4). Bei der heutigen radiologischen Kontrolle zeige sich eine nicht durchbaute Calcaneusumstellungsosteotomie, beginnende Veränderungen im oberen Sprunggelenk, es bestehe ausserdem eine Hohlfussdeformität, evtl. infolge der Spitzfussfehlstellung, beginnende Dissimilation des Knochens. Ausserdem zeige sich eine Hammerzehendeformation von D I. Aufgrund der ganzen Vorgeschichte und dem nachvollziehbaren Leidensdruck des Patienten sei ihm eine Vorstellung in einer anderen Klinik für Fuss- und Sprunggelenkchirurgie empfohlen und vermittelt worden. Bei dieser Vorgeschichte werde eher von einer Folge des Primärunfalles im Jahr 2008 ausgegangen, auch wenn es sich hier um CRPS des rechten Fusses handle, sei diese auch als Folge des Arbeitsunfalles aus 2008 anzusehen.

6.44 Dr. med. AY.____, Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, [...], hielt in seiner ärztlichen gutachterlichen Stellungnahme vom 15. Juli 2016 (Eingabe des Beschwerdeführers Nr. 5b) fest, die beim Beschwerdeführer vorliegenden Gesundheitsschäden seien unmittelbare und mittelbare Folgen der stattgehabten Talusfraktur und der nachfolgenden Operationen und gewaltsamen Mobilisationen.

6.45 Im Gerichtsgutachten vom 6. Februar 2017 (A.S. 188 ff.) hielten Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. H.____, Facharzt für Physikalische Medizin FMH, spez.

Rheumatologie, Manuelle Medizin, folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Lastwagenchauffeur (unfallkausal) fest:

- Bewegungseinschränkung und chronisch wiederkehrende Schmerzen in den rechten Sprunggelenken und dem rechten Fuss
- Radiologisch mit nur partieller knöcherner Fusion des Fersenbeines nach Osteotomie
- Posttraumatische Arthrose im OSG rechts, leicht im USG rechts
- Funktional mit hochgradiger Funktionseinschränkung und Spitzfusshaltung (Restextensionsfähigkeit 10 ° zwischen 35 und 45 °)
- Unfallkausal bei Unfallereignis vom 23. Juni 2008 mit
- Weber-A-Fraktur (osteosynthetisch versorgt) und initial übersehener mehrfragmentärer Talusfraktur (konservativ behandelt)
- Status post OSG-Arthroskopie mediale Malleolus-Osteotomie, medial Sliding Osteotomie Calcaneus und AMIC-Plastik mediale Talusrolle rechts am 30. Juni 2011
- Status nach Arthroskopie OSG mit Débridement bei ventralem Impingement und Entfernung des Osteosynthesematerials Calcaneus und Malleolus medialis rechts am 21. Februar 2012
- bei Status nach Arthroskopie mit Débridement OSG und Neurolyse Nervus tibialis rechts am 25. Oktober 2012
- Dekompensation einer vorbestehend kompensierten kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)

Folgende Diagnosen seien ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (nicht unfallkausal):

- Status nach Meniskusoperation rechts 1997
- Status nach Achillessehnennaht links nach Riss 1991, beschwerdefrei
- Adipositas
- Polyphagie (ICD-10 R63.2)
- schädlicher Gebrauch von Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.1)
- nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F5)
- Beginnende akrodistal-symmetrische Polyneuropathie ohne klinische Relevanz

Als aktuelles Fähigkeitsprofil gelte, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, im Sitzen leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zu verrichten, es sollte Gelegenheit mit gegeben sein, das rechte Bein/den rechten Fuss hoch zu lagern. Frei wählbare Pausen sollten möglich sein. Tätigkeiten im Stehen und Gehen seien nicht geeignet. Es sollten nur kurze Gehstrecken erforderlich sein, welche mit zwei Unterarmgehhilfen zurückgelegt werden müssten. Hinsichtlich der psychischen Gesundheitsstörung sei der Beschwerdeführer gegenwärtig deutlich eingeschränkt in seiner psychischen Stabilität, seiner Umgänglichkeit, seinem Selbstvertrauen und im Vertrauen zu Dritten. In Belastungssituationen könne die Affektkontrolle reduziert sein. Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig nur begrenzt in der Lage, sich an von aussen vorgegebene Regeln und

Routinen anzupassen und daran zu halten, neige eher zu Stereotypen und eigenwilligen Verhaltensweisen. Es bestünden jedoch gute intellektuelle Fähigkeiten zum Wissenserwerb und zur Wissensanwendung. Aktuell ergäben sich aus der oben stehenden Konstellation gegenwärtig auch Motivationsschwierigkeiten. Gegenwärtig denkbar seien einfache, sich wiederholende Tätigkeiten ohne hohe Ansprüche an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen und ohne häufig wechselnden Kontakt zu Kunden oder Kollegen. In der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur (unfallkausal) bestehe keine Arbeitsfähigkeit (auf Dauer). In einer Verweistätigkeit (unfallkausal) sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Leistung 50 %, Präsenzzeit 8,5 Stunden) gegeben. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit sei gegenwärtig nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorstellbar, wobei sich hier die somatischen und psychischen Aspekte nicht addierten, sondern in der Gesamtschau mit 50 % zu bewerten seien. Diese Bewertung gelte aus orthopädischer Sicht in Übereinstimmung mit der Begutachtung des Beschwerdeführers durch Dr. med. AT.____ retrospektiv für die angestammte Tätigkeit ab dem 5. Mai 2011 und dies auf Dauer. Für ideale Verweistätigkeiten gelte die obige Einschätzung retrospektiv zumindest ab dem 27. Januar 2014, dem Datum der kreisärztlichen Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. B.____. Zu einem ähnlichen Zeitpunkt, im April 2014, sei auch ein CRPS ausgeschlossen worden. Die Taggeldleistungen seien seitens der Beschwerdegegnerin gemäss Aktenlage auch bis am 31. März 2014 erbracht worden.

Empfohlen werde eine Reduzierung des Körpergewichtes durch diätetische Massnahmen, zudem die Versorgung des Beschwerdeführers mit orthopädischem Schuhwerk und verlaufsabhängig mit Anpassung der analgetischen Medikation vor Erwägung operativer Massnahmen. Zudem sei das konsequente Tragen von Kompressionsstümpfen der Klasse 2 zu empfehlen, auch die gelegentlich weitere neurologische Verlaufskontrolle hinsichtlich der Weiterentwicklung der Polyneuropathie. In psychiatrischer Hinsicht sollte zunächst eine Intensivierung der Psychotherapie und eventuell auch der psychopharmakotherapeutischen Massnahmen in Erwägung gezogen werden. Wichtig erscheine jedoch auch im Rahmen der Psychotherapie eine klare Abgrenzung der Ansprüche des Beschwerdeführers gegenüber den Behörden zu thematisieren, um den Streit und somit die aufrechterhaltenden Mechanismen zu beenden. Ein rasch möglicher Abschluss der medicolegalen Vorgänge wäre hilfreich.

7. Aufgrund der sich vorliegend präsentierenden medizinischen Aktenlage ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 6. Juni 2014 sowohl somatische als auch psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen, wobei die Schmerzproblematik im Bereich des rechten OSG immer deutlich im Vordergrund stand.

8. Im Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 (A.S. 1 f.) stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Einschätzungen des Kreisarztes Dr. med. univ. B.____ vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.31 hiervor) und das durch ihn formulierte Zumutbarkeitsprofil sowie die Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit ab (vgl. A.S. 11 f.). Seinen Beurteilungen kann indes aufgrund der übrigen medizinischen Akten nicht ohne weiteres gefolgt werden. Jedenfalls vermögen diese an seinen Einschätzungen betreffend die dem Beschwerdeführer zumutbare Arbeitsfähigkeit Zweifel hervorzurufen: So attestierte Dr. med. AT.____ dem Beschwerdeführer in seinem rheumatologischen Gutachten zuhanden der Invalidenversicherung vom 5. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.38 hiervor, S. 27) eine «Arbeitsfähigkeit von 50 %» auf ein Ganztagespensum in einer vorwiegend sitzenden

Tätigkeit, mit der Möglichkeit, den Fuss mindestens auf Stuhlhöhe hochlagern zu können und ohne die Bewältigung von schweren oder mittelschweren Lasten. Obschon dieses Zumutbarkeitsprofil jenem des Kreisarztes Dr. med. univ. B.____ entspricht, lautet dessen Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit anders. So ging Dr. med. univ. B.____ in seinem Untersuchungsbericht vom 27. Januar 2014 von einer «ganztägigen Arbeitsfähigkeit» in einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren, überwiegend sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, das Bein frei zu positionieren und ohne längere Zwangshaltungen des Fusses, aus. Zudem sollte das Bein idealerweise hochgelagert werden. Es kommt hinzu, dass Dr. med. AT.____ festhielt, seine Befunde seien im Wesentlichen dieselben wie jene, die der Kreisarzt festgestellt habe (Beschwerdebeilage Vertretung des Beschwerdeführers Nr. 8 S. 44 f. jeweils unten). Somit bestehen aus somatischer Sicht unterschiedliche ärztliche Beurteilungen bezüglich der dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, wonach der Gutachter Dr. med. AT.____ die Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund einer Konsensbesprechung mit dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. AS.____ attestierte. Denn Dr. med. AT.____ führte auf S. 43 seines Gutachtens unter dem Titel «Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit aus rheumatologischer Sicht» aus: «Für eine derartige Tätigkeit, bei welcher er die Position frei wechseln kann [], besteht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % auf ein Ganztagspensum.». Es kann folglich bei dieser Beurteilung bzw. Bezifferung der Arbeitsfähigkeit nicht von einem Einbezug der psychiatrischen Befunde ausgegangen werden.

Mindestens geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. univ. B.____ werden zudem durch seine Notiz vom 21. November 2013 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) geweckt, in der er ausführte, Prof. Dr. med. AJ.____ habe gesagt, der Beschwerdeführer benötige eine psychiatrische, nicht aber eine chirurgische Behandlung. Diese Ausführungen widersprechen der durch die frühere Vertretung des Beschwerdeführers eingereichten Urkunde Nr. 3 (E-Mail vom 7. Januar 2015), in der Prof. Dr. med. AJ.____ schrieb, der Beschwerdeführer benötige «wohl auch einen Psychiater», den er aber ablehne. Aus dieser Formulierung kann geschlossen werden, dass Prof. Dr. med. AJ.____ nicht ■ wie dies Dr. med. univ. B.____ darlegte ■ einzig von einer psychiatrischen Behandlung ausging. Damit kann der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. univ. B.____ nicht gefolgt werden.

Folglich werden insbesondere durch das rheumatologische Gutachten von Dr. med. AT.____, das durch die IV-Stelle im Rahmen von Art. 44 ATSG eingeholt wurde, und auf welches diese in der Folge auch abstellte, indem sie dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zusprach, zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. univ. B.____ hervorgerufen. Andererseits taugt diese gutachterliche Einschätzung vorliegend nicht als abschliessende Beurteilungsgrundlage. Daher gab das Versicherungsgericht mit Verfügung vom 19. April 2016 (A.S. 167 ff.) ein polydisziplinäres Gutachten bei der [...] GmbH, in Auftrag, welches am 6. Februar 2017 erstattet wurde (vgl. E. II. 6.45 hiervor).

9. Wie bereits dargelegt (vgl. E. II. 4.2 hiervor), weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen. Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob dem durch das Versicherungsgericht in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gerichtsgutachten vom 6. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.45 hiervor) grundsätzlich Beweiswert zuzusprechen ist:

9.1 Das Gutachten von Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. H.____, Facharzt für Physikalische Medizin FMH, spez. Rheumatologie, Manuelle Medizin, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.1 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So wurde der Beschwerdeführer durch die Gutachter je einer ausführlichen Exploration unterzogen (A.S. 223 ff., 255 ff., 269 ff., 276 ff.), womit die durch ihn geklagten Beschwerden berücksichtigt wurden. Weiter wurden sowohl im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens als auch im neurologischen und orthopädischen Konsilium je eine klinische Untersuchung mit Abklärung des Neurostatus und Untersuchung mittels Elektroneurographie durchgeführt (A.S. 256b ff., 273 f., 279 f.), womit das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht. Auf das Durchführen von weiteren bildgebenden Verfahren wurde aufgrund der Kernspintomographie des rechten oberen Sprunggelenkes vom 8. Juli 2016 infolge fehlender Indikation verzichtet (A.S. 258 oben). Durch das Zusammentragen sämtlicher, seit dem 23. Juni 2008 erstellter medizinischer Akten unter dem Titel «Aktenanalyse» (A.S. 192 ff.) und der Akten des Versicherungsgerichts ab 6. Juni 2014 (A.S. 214 ff.) sowie den Beilagen des Beschwerdeführers ab 12. Juli 2016 (A.S. 217 ff.) wurde das Gutachten auch in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die Ausführungen der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar: So hielt der Psychiater Dr. med. J.____ fest, der Beschwerdeführer habe bei der aktuellen Untersuchung zu keinem Zeitpunkt depressiv herabgestimmt, hoffnungslos oder resignierend gewirkt (A.S. 233 oben). Diese Darlegung lässt sich aufgrund des durch ihn im Rahmen der Exploration festgehaltenen «psychischen Befundes in Anlehnung an Interviewfaden AMDP» (A.S. 229 f.) nachvollziehen. Dort wird der Beschwerdeführer in Bezug auf den Affekt als emotional schwingungsfähig, auslenkbar und nicht in erkennbarer Weise stimmungsstabil, affektarm oder affektverflacht beschrieben (A.S. 230). Auch die weitere gutachterliche Feststellung, wonach die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers anankastische, narzisstische, histrionische, unreife und querulatorische sowie leicht paranoide Wesenszüge habe (A.S. 230), vermag unter Einbezug des bei der Exploration festgestellten Verhaltens des Beschwerdeführers einzuleuchten. So hielt der psychiatrische Gutachter bspw. fest (A.S. 229), das Denken sei vorwiegend auf die Inhalte des Unfalls eingengt, er könne aber auch andere Themen besprechen. Es bestehe zudem eine psychomotorische Unruhe, was sich v.a. beim Vortragen seiner eigenen Position in Bezug auf die dokumentierte Meinung der Ärzte äussere, wobei er beim Reden oft den ganzen Körper benütze. Abermals falle bei den Ausführungen des Beschwerdeführers auch auf, dass er sich als Opfer ansehe und diese Rolle auch ausagiere. Er habe zudem mehrfach Bedenken geäussert, dass er bisweilen missverstanden werden könnte und die Untersuchungen deshalb zu seinen Ungunsten ausfallen würden. In diesem Zusammenhang überzeugt unter Einbezug der Anamnese denn auch die gutachterliche Darlegung (A.S. 234 unten), wonach davon auszugehen sei, dass die verschiedenen Ereignisse um die Erkrankung im Verlauf der Jahre zu Kränkungen geführt und schliesslich in einer krisenhaften narzisstischen Kränkung gemündet hätten, bei der es sich um interpersonelle Vorgänge oder Ereignisse handle, durch welche die Diskrepanz zwischen dem eigenen Bild und dem Bild anderer Personen (krisenhaft) verstärkt werde. Daher erscheint die Schlussfolgerung, wonach beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner Biographie primär keine schweren strukturellen Störungen der Persönlichkeit bestünden,

plausibel (A.S. 234 unten). Dies insbesondere, weil der Gutachter anschliessend erläutert, dass bei diesen sonst stärkere Mängel an psychischer Stabilität, Umgänglichkeit, Zuverlässigkeit, reduzierter Impulskontrolle sowie stärkere Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im beruflichen und persönlichen Bereich durchgängig zu erwarten wären.

Im Weiteren hielt Dr. med. G. ___ in seinem orthopädischen Teilgutachten aufgrund der festgestellten klinischen Untersuchungsbefunde des Beschwerdeführers in einleuchtender Weise fest (A.S. 260 oben), für den rechten Fuss resultiere aus dem Unfall vom 23. Juni 2008 eine Minderbelastbarkeit, welche sich über Schmerzen erkläre, die aus den posttraumatischen aktuellen Gegebenheiten zu erwarten seien. Zudem bestehe eine gestörte Abrollbewegung des rechten Fusses. In diesem Zusammenhang wies der orthopädische Gutachter ferner auf die festgestellte, seitengleiche normale Beschwiellung der Füsse hin (A.S. 257). Dieser Befund ist deshalb relevant, weil der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration angab, schmerzbedingt weder stehen noch gehen zu können und immer zwei Unterarmgehstützen mitzuführen (A.S. 256a). Dies auch, weil der Gutachter weiter ausführte, zu den Funktionseinschränkungen betreffend das rechte Sprunggelenk und den rechten Fuss finde sich inkonsistent, insbesondere mit Blick auf die verbliebene Minderbelastbarkeit des Fusses, bei den Umfangmessungen an den Beinen «keine Umfangsdifferenz im Sinne einer Verschmächtigung der rechtsseitigen Beinmuskulatur». Tendenziell sei vielmehr das rechte Bein etwas kräftiger und auch die Fusssohlenbeschwiellung zeige sich bei der Inspektion seitengleich (A.S. 260 unten). Es vermag daher einzuleuchten, wenn der orthopädische Gutachter ausführte, die vollständige Entlastung des rechten Fusses an den vom Beschwerdeführer geführten zwei Unterarmgehstützen könne nicht nachvollzogen werden (A.S. 259 unten). Im Weiteren machte der Experte darauf aufmerksam, dass die Angaben des Beschwerdeführers betreffend die Schmerzintensität (zwischen VAS 1 - 9) vage seien und sich keine Reizsymptome fänden, welche Ruheschmerzen im rechtem Fuss nachvollziehbar machten (A.S. 261). Die Angaben des Beschwerdeführers betreffend seine Aktivitäten und den Tagesablauf (A.S. 256b), wonach er tagsüber meist am PC sitze mit hochgelagertem rechten Fuss, Videofilme schaue, Gitarre spiele, im Singkreis sei, die Ehefrau zu den Einkäufen fahre und schwimmen gehe, stützen sodann den Rückschluss des Gutachters, wonach dadurch deutlich werde, dass dem Beschwerdeführer Ressourcen verblieben (A.S. 261).

Im Rahmen des neurologischen Gutachtens führte Dr. med. I. ___ aufgrund der durchgeführten Elektroneurographie mit weitgehend seitengleichen Befunden, welche die rechte Schmerzsymptomatik nicht erklären würden (A.S. 274), und der im Rahmen der klinischen Untersuchung festgestellten, nicht zu einem neurogenen Schmerz passenden Schmerzcharakteristika (A.S. 275) in nachvollziehbarer Weise aus, es müsse insgesamt aus rein neurologischer Sicht mit Sicherheit angenommen werden, dass keine primäre neurogene Ursache für die Schmerzerklärung in Frage komme. Es müssten vielmehr lokale, mechanische Schmerzursachen vermutet werden, weshalb auf das orthopädische Fachgebiet verwiesen werde. Weiter legte der Gutachter dar, aus neurologischer Sicht komme weder eine lokale Nervenschädigung von Nervenstrukturen wie z.B. des Nervus tibialis oder dessen Äste noch ein CRPS als autonome Dysregulation in Frage. Diese Ausführungen erscheinen schlüssig, da der neurologische Experte im Rahmen der klinischen Untersuchung festhielt (A.S. 273), es sei im Bereich der Ferse sowohl plantar, seitig,

rückseitig, als auch im Bereich des Vorfusses plantar wie auch rückseitig keinerlei Berührungsempfindlichkeit im Sinne einer Allodynie oder Hyperpathie feststellbar. Bei lokalen peripheren Nervenfaserschädigungen wäre aber üblicherweise eine sehr umschriebene und scharf abgrenzbare Sensibilitätsminderungszone feststellbar, welche so aber sicher nicht bestehe.

In Bezug auf das CRPS wies der rheumatologische Gutachter Dr. med. H.____ überzeugend darauf hin (A.S. 281 unten), bei seiner Untersuchung würden Befunde fehlen, die auf ein noch florides CRPS zur Erklärung der Ruheschmerzen und insbesondere zur Begründung einer Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit hinweisen würden. So könne er keine sicheren Zeichen eines Stadiums 2 des CRPS mit Temperaturdifferenz, Sudation, Hautkoloritveränderungen und verstärktem Haarwachstum finden. Diese Feststellungen leuchten unter Heranziehung seiner objektiven Befunde der unteren Extremitäten ein (A.S. 280). Der Gutachter hielt ferner fest, die Diskrepanz zwischen den objektivierbaren pathologischen Befunden und dem beklagten Schmerzausmass sei auffällig und aus rheumatologischer Sicht unklar (A.S. 282). Dies vermag unter Hinweis auf die Feststellungen zur «Psyche» zu überzeugen (A.S. 280 oben), wobei u.a. darauf hingewiesen wurde, dass Fragen zur aktuellen Schmerzcharakterisierung sehr umständlich und insgesamt ungenau beantwortet worden seien, stattdessen sei wiederholt auf medizinische und ärztliche sowie physiotherapeutische Fehlleistungen hingewiesen worden, wodurch der rechte Fuss «versiechet» worden sei. Weiter führte der rheumatologische Gutachter unter Einbezug der bildgebenden Untersuchungen (vgl. A.S. 280 unten) überzeugend aus, die aktuellen belastungsabhängigen Schmerzen seien durch posttraumatische Arthrose im OSG, geringer im USG rechts und durch eine Spitzfussstellung mit gestörter kapsuloligamentärer Funktion erklärbar.

Damit kann dem Gerichtsgutachten der [...] GmbH vom 6. Februar 2017 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

9.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden Arztberichte den Beweiswert des [...] GmbH-Gutachtens zu schmälern vermögen. Dabei ist zunächst auf den psychischen (vgl. E. II. 9.2.1 hiernach) und anschliessend sowohl auf den neurologischen (vgl. E. II. 9.2.2 hiernach), rheumatologischen (vgl. E. II. 9.2.3 hiernach) und orthopädischen (vgl. E. II. 9.2.4 hiernach) Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen:

9.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten kann festgehalten werden, dass der Gutachter Dr. med. J.____ in der «fachspezifischen Aktendiskussion» ausführte, ein länger bestehendes und bedeutsames Abhängigkeitssyndrom von Alkohol oder anderen Substanzen könne weder den im Dossier vorliegenden Berichten noch den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers entnommen werden (A.S. 237). Diese Ausführungen vermögen unter Einbezug der Vorakten zu überzeugen: So wurde zwar im Austrittsbericht vom 5. Mai 2011 der [...] (vgl. E. II. 6.8 hiervor) festgehalten, die Einweisung sei aufgrund eines Indikationsgesprächs mit dem Suchtberater bei zunehmender psychischer Dekompensation und zum qualifizierten körperlichen Alkoholentzug erfolgt (vgl. S.A. 322 S. 2). Jedoch äusserte sich der Beschwerdeführer während der Hospitalisation dahingehend, dass er in den letzten drei Wochen angefangen habe Alkohol zu trinken, bis zu einer Flasche Martini pro Tag, was jedoch ganz «neu» sei, er habe sonst kein Alkoholproblem (S.A. 322 S. 3). Da im Austrittsbericht sodann diesbezüglich die Diagnose «Störungen durch Alkohol/schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1)» festgehalten wurde und sich in den übrigen vorliegenden Akten keine Hinweise auf eine Suchterkrankung des

Beschwerdeführers finden, kann mit dem Gutachter Dr. med. J.____ nicht von einem Abhängigkeitssyndrom ausgegangen werden. Dafür sprechen im Weiteren auch der in der Klinik durchgeführte komplikationslose Entzug unter Temesta, der am 27. November 2010 beendet wurde, und die Tatsache, wonach der Beschwerdeführer nie über Trinkdruck oder Verlangen geklagt habe. In diesem Sinne hielt sodann der Psychiater Dr. med. C.____ im Rahmen seiner Untersuchung vom August 2012 die Diagnose «Status nach mindestens schädlichem Gebrauch von Alkohol, Herbst 2010 (ICD-10 F10.1)» fest (vgl. E. II. 6.16 hiervor). Es erscheint daher plausibel, dass der psychiatrische Gerichtsgutachter dieser Diagnose keine Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit zusprach.

Die durch den Gutachter Dr. med. J.____ diagnostizierte «kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Destabilisation der Selbstwertregulation ICD-10 F61.0» wird durch die vorliegenden Akten gestützt: So wurde bereits im Austrittsbericht vom 5. Mai 2011 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) eine «Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1)» festgestellt und auch Dr. med. C.____ wies aufgrund seiner psychiatrischen Untersuchung vom 14. August 2012 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) eine «kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit selbstunsicheren, paranoiden und ausgeprägt misstrauischen Zügen» aus. Er hielt zudem fest, es bestehe eine ausgeprägte Selbstunsicherheit und abhängige Züge sowie eine gewisse Selbstbezogenheit, was er sodann am 13. November 2012 bestätigte (vgl. E. II. 6.19 hiervor), indem er darlegte, es hätten sich keine wesentlichen Änderungen seiner diagnostischen Beurteilung seit August 2012 ergeben. Auch im Rahmen des Berichts vom 17. Mai 2013 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) erwähnte der behandelnde Psychiater Dr. med. AB.____ «sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung: narzisstische (ICD-10 F50.8)» sowie die «Differenzialdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (abhängige-selbstunsichere Züge)» und der psychiatrische Gutachter Dr. med. AS.____ hielt in seinem Gutachten vom 4. Dezember 2014 fest (vgl. E. II. 6.37 hiervor), es sei eine «kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61.0)» gegeben. Unter Beizug der Anamnese vermag denn auch die Einschätzung des Gerichtsgutachters Dr. med. J.____ (A.S. 235 oben), wonach davon auszugehen sei, dass die Persönlichkeitsstörung über viele Jahre hinweg auch dank der guten intellektuellen Ausstattung des Beschwerdeführers gut habe kompensiert werden können, ihm dies aber nach den besonderen Belastungen nach dem Unfall jedoch nun nicht mehr gelungen sei (A.S. 246), zu überzeugen. In diesem Zusammenhang sprach Dr. med. J.____ von einer Dekompensation.

Eingehend auf die in den psychiatrischen Vorakten verschiedentlich dokumentierte depressive Störung (vgl. E. II. 6.8, 6.25, 6.34, 6.37 hiervor) führte Dr. med. J.____ im Rahmen seines psychiatrischen Gutachtens aus, der Beschwerdeführer wirke bei der aktuellen Untersuchung weder depressiv herabgestimmt noch hoffnungslos oder resignierend (A.S. 233). Gestützt auf diese Feststellungen ist nicht zu beanstanden, dass im Rahmen des Gerichtsgutachtens keine depressive Störung (mehr) ausgewiesen wurde.

Auf die sowohl im Austrittsbericht der [...] vom 27. März 2014 als auch im Gutachten von Dr. med. AS.____ (vgl. E. II. 6.34, 6.37 hiervor) diagnostizierte «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41» ging Dr. med. J.____ nicht ein. Dies leuchtet ein, da er keine entsprechende Diagnose feststellen konnte. Bei der Beantwortung des Fragenkatalogs hielten die Gerichtsgutachter auch explizit fest, es bestehe keine anhaltende Schmerzstörung (A.S. 253).

Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. J.____ erfährt durch die medizinischen Vorakten somit keine Einschränkungen.

9.2.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. I.____ kann festgehalten werden, dass sich seine Einschätzungen und Befunde mit denjenigen von Dr. med. AA.____ vom 17. Oktober 2012 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) decken. So führte Dr. med. AA.____ aufgrund der durchgeführten Abklärungen und Neurographie aus, er könne die Beschwerden und Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht nicht erklären und finde auch keinen typischen Befund für ein CRPS. Entsprechende Feststellungen sind sodann dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. I.____ zu entnehmen. So verneinte auch er das Vorliegen eines CRPS und einer primär neurogenen Ursache für die Schmerzen. Es finden sich somit zwischen ihnen keine unterschiedlichen Einschätzungen bzw. divergierende Diagnosestellungen. Daran vermag auch der Bericht des [...] vom 17. September 2013 (vgl. E. II. 6.27 hiervor) anlässlich der durchgeführten motorischen und sensiblen Neurographien nichts zu ändern, da diese im Wesentlichen normale Ergebnisse zeigten. Es ist ausserdem darauf hinzuweisen, dass sich anlässlich der MRI-Untersuchung vom 11. Februar 2013 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) keine Nachweise einer ossären Demineralisation im Sinne eines Morbus Sudeck fanden und auch bei den am 17. September 2013 (vgl. E. II. 6.27 hiervor) durchgeführten motorischen und sensiblen Neurographien im Wesentlichen normale Ergebnisse zeigten (vgl. E. II. 6.27 hiervor). Ausserdem wurde die Durchführung einer erneuten Neurolyse durch Dr. med. AK.____, Interventionelle Schmerztherapie FMH, am 4. November 2012 als «nicht indiziert» beurteilt (vgl. E. II. 6.29 hiervor). Es ist folglich davon auszugehen, dass weitere neurologische Abklärungen nicht zu weiterführenden Ergebnissen geführt hätten. Dies wird durch die Ausführungen von Prof. Dr. med. AN.____ im Bericht des [...] vom 11. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.32 hiervor) zusätzlich gestützt, da auch er von einer neurologischen Klinik/Entrapment des Nervus tibialis abriet. Gestützt auf diese Ausführungen erscheint die Feststellung von Dr. med. I.____ im Gerichtsgutachten schlüssig (A.S. 276), wonach auch unter Berücksichtigung der im Dossier vorhandenen Befunde auf neurologischem Fachgebiet keine Erkrankungen bestünden, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Es müssten vielmehr lokale, mechanische Schmerzursachen vermutet werden, weshalb auf das orthopädische Gutachten verwiesen werde. Somit lässt sich die beim Beschwerdeführer vorliegende Schmerzproblematik am rechten Fuss nicht durch neurologische Symptome bzw. Ursachen/Befunde erklären.

Die Ausführungen und Diagnosestellungen im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. I.____ werden somit durch die medizinischen Vorakten gestützt.

9.2.3 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. H.____ ist festzuhalten, dass er auf die in den medizinischen Vorakten verschiedentlich festgestellte Diagnose eines CRPS einging und darlegte, dass bei seiner heutigen Untersuchung Befunde fehlen würden, die auf ein noch florides CRPS zur Erklärung der Ruheschmerzen und insbesondere zur Begründung einer Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten hinweisen würden (A.S. 281). Der Rheumatologe Prof. Dr. med. AC.____ wies demgegenüber in seinem Bericht vom 4. Februar 2013 ein CRPS I des rechten Fusses aus (vgl. E. II. 6.21 hiervor). Dieser Diagnosestellung kann indes nicht ohne weiteres gefolgt werden, da seine Einschätzung einzig auf der Symptomatik und nicht näher konkretisierten «klinischen Befunden» beruht, jedoch weder auf einer eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers noch auf Ergebnissen von bildgebenden Verfahren. Es kommt hinzu, dass im Bericht des

[...] vom 12. Juni 2013 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) aufgrund der durchgeführten Schmerzschwellenmessungen nur eine «möglicherweise» bestehende Entwicklung eines CRPS formuliert werden konnte, weshalb Letztere denn auch als Differenzialdiagnose ausgewiesen wurde. Somit fehlen auch hier hinreichende objektivierbare Befunde für die Diagnose eines CRPS. Ferner hielt Dr. med. AT.____ in Übereinstimmung mit Dr. med. H.____ bereits im Rahmen seines von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen rheumatologischen Gutachtens vom 5. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.38 hiervor) fest, es fänden sich heute keine klinischen Zeichen eines floriden CRPS, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass dies das frühere Vorliegen einer derartigen Problematik nicht ausschliesse. Gestützt auf diese Vorbringen leuchtet ein, wenn Dr. med. H.____ in seinem Teilgutachten einen Status «nach fraglichem CRPS» des Fersenbeins rechts auswies und darlegte, er könne dieses retrospektiv weder ausschliessen noch beweisen (A.S. 281). Zur Einschätzung des Gutachters Dr. med. AT.____, wonach sich heute in Bezug auf das Skelettszintigramm vom 3. April 2014 sogar eine verminderte Speicherphase bezüglich des rechten Fusses zeige, was sehr wohl mit einem Status nach abgelaufenem CRPS, resp. einem Stadium III kompatibel sei (vgl. S. 41), führte Dr. med. H.____ aus, dies sei für ihn aufgrund der heutigen Schmerzsymptomatik sehr fraglich.

Die durch den Gutachter Dr. med. H.____ weiter festgestellte Diagnose eines «chronischen, immobilisierenden Schmerzsyndroms des rechten Rückfusses» lässt sich durch das Heranziehen der medizinischen Vorakten bestätigen. So wurde bereits im Bericht des [...] vom 12. Juni 2013 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) durch die Ärzte der Schmerztherapie ein «persistierendes chronisches Schmerzsyndrom rechter Fuss» festgestellt. Aufgrund der durchgeführten elektrischen Schmerzschwellenmessungen deute ein reduzierter Wert auf eine zentrale Sensibilisierung hin. In der ebenfalls durchgeführten klinischen Untersuchung könne indes eine Allodynie ausgeschlossen werden. Die Ärzte kamen insgesamt zum Ergebnis, es bestehe eine komplexe Schmerzproblematik, zu der mehrere Faktoren beitragen könnten. Dabei führten sie auch nicht somatische Gründe, wie eine mögliche zentrale Sensibilisierung und die emotionale Belastung des Beschwerdeführers auf. Ferner wies auch Dr. med. AT.____ im Rahmen seines Gutachtens vom 5. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.38 hiervor) ein «chronisches immobilisierendes Schmerzsyndrom des rechten Fusses» aus.

Folglich sind die vorliegenden Arztberichte nicht geeignet, den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. H.____ zu schmälern.

9.2.4 Eingehend auf das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. G.____ erscheint die durch ihn gestellte Hauptdiagnose einer «Bewegungseinschränkung und chronisch wiederkehrende Schmerzen in den rechten Sprunggelenken und dem rechten Fuss» im Hinblick auf die medizinischen Vorakten plausibel. Aus diesen erhellt, dass beim Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 23. Juni 2008 Beschwerden im rechten Fuss persistieren, dies auch nach Durchführung von diversen operativen und konservativen Massnahmen. So führte die gleich nach dem Unfall wegen Vorliegen einer Malleolarfraktur (vgl. E. II. 6.1 hiervor) durchgeführte Operation zunächst zu einer Wundheilungsstörung. Dr. med. L.____ bezeichnete den Wundverlauf der lateralen Wundsituation sodann am 22. August 2008 als «stabil» und Dr. med. univ. B.____ ging am 7. Januar 2009 (vgl. E. II. 6.3 f. hiervor) von einer «akzeptablen Verheilung» aus. Er legte ferner dar, die normale alltägliche Belastung werde vom Beschwerdeführer gut toleriert, er könne indes keine körperlich schweren Tätigkeiten mehr ausüben. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass nicht

nur von den diagnostizierten und radiologisch nachweisbaren Frakturen ausgegangen werden müsse, sondern unter anderem auch von ausgedehnten Läsionen des Kapselbandes des OSG durch die Luxation und mittelfristig mit einer Arthrose gerechnet werden müsse (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Gestützt auf die vorliegenden Arztberichte erwies sich seine Einschätzung als korrekt: So konnten die ab Oktober 2010 durch den Beschwerdeführer vermehrt beklagten Beschwerden im OSG-Bereich (vgl. E. II. 6.5 hiervor) anhand der am 30. November 2010 durchgeführten bildgebenden Verfahren mittels 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT-CT insbesondere auf eine Valgusarthrose am OSG rechts zurückgeführt werden (vgl. E. II. 6.7 hiervor) und im Austrittsbericht des [...] vom 6. Juli 2011 wurde zudem eine osteochondrale Läsion festgestellt (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Die durchgeführten operativen Eingriffe im Sinne von OSG-Arthroskopien am 30. Juni 2011 bzw. 21. Februar 2012 und mit Neurolyse des Nervus tibialis vom 25. Oktober 2012 trugen nicht zu einem längerfristigen schmerzfreien Zustand des Beschwerdeführers bei (vgl. E. II. 6.10, 6.13, 6.20 hiervor). Mittels MRI vom 11. Februar 2013 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) konnten ferner eine Arthrose des oberen Sprunggelenks sowie eine diskrete Talonavicular-Arthrose mit Reizerguss im oberen und unteren Sprunggelenk objektiviert werden. Von einem «chronischen Schmerzsyndrom bei progressivem Spitzfuss» gingen sodann die Orthopäden Prof. Dr. med. R.____ im Bericht vom 27. Februar 2013 und Dr. med. AE.____ im Bericht vom 19. April 2013 sowie die [...] des [...] im Bericht vom 12. Juni 2013 aus (vgl. E. II. 6.23 f., 6.26 hiervor). Der Kreisarzt Dr. med. univ. B.____ sprach in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.31 hiervor) sodann von «subjektiv stark belastungsabhängigen Schmerzen» und der Unmöglichkeit der Belastung des Fusses. Die Orthopäden des [...] wiesen dementsprechend im Bericht vom 11. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.32 hiervor) ein persistierendes Schmerzsyndrom des rechten Rückfusses mit der Differenzialdiagnose von Ödemen aus und rieten ausserdem von einer operativen Sanierung ab. Das nicht operative Vorgehen befürwortete auch der orthopädische Gerichtsgutachter Dr. med. G.____. So führte er aus, vor der Erwägung von operativen Massnahmen würden eine Reduzierung des Körpergewichts durch diätische Massnahmen, die Versorgung mit orthopädischem Schuhwert sowie verlaufsabhängig die Anpassung der analgetischen Medikation erwogen (A.S. 268). Damit stimmte er auch mit den Einschätzungen der übrigen orthopädischen Fachärzte in den Vorberichten überein, die sich mehrheitlich für ein nicht operatives Vorgehen aussprachen (vgl. E. II. 6.28 ff. hiervor). In Bezug auf die dem Beschwerdeführer durch den Chirurgen Dr. med. AU.____ am 26. März 2015 präsentierte Möglichkeit einer Amputation im Unterschenkelbereich mit prothetischer Versorgung (vgl. E. II. 6.39 hiervor) führte Dr. med. G.____ aus, es seien weitere operative Massnahmen zunächst nicht zu diskutieren, es sollten konservative Massnahmen wie die Versorgung mit orthopädischem Schuhwerk und der Ausbau der analgetischen Medikation Vorrang haben (A.S. 266). Dies wird im Übrigen auch durch Dr. med. AW.____ im Arztbrief vom 22. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.42 hiervor) befürwortet, indem er eine intensive konservative Schmerztherapie vorschlug.

In Bezug auf die Einschätzung von Dr. med. AV.____ im Bericht vom 1. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.40 hiervor), wonach der Beschwerdeführer «eigentlich keinerlei Lebensqualität mehr» habe, hielt Dr. med. G.____ fest (A.S. 267), dies scheine im Rahmen der aktuellen Begutachtung nicht so. Sofern aber eine eingeschränkte Lebensqualität aufgrund der Funktionseinschränkungen an den rechten Sprunggelenken und dem Fuss bestünden, wäre die Schmerzmedikation zunächst noch erheblich ausbaubar. Diese gutachterliche

Beurteilung überzeugt, da der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter bezüglich der Medikation angegeben habe (A.S. 256a), täglich eine Tablette Zolpidem 10 mg zu nehmen, jedoch keine Analgetika und seit einem Jahr auch weder Oxynorm noch Haldol zu verwenden. Ein Ausbau der Medikation erscheint daher plausibel. In diesem Zusammenhang wies Dr. med. G.____ ferner darauf hin, dass Einschränkungen in der Lebensqualität des Beschwerdeführers zum guten Teil auch durch den beim Versicherten entstandenen Gerechtigkeitskonflikt gegeben seien (A.S. 267).

In Bezug auf das in den Vorakten verschiedentlich ausgewiesene CRPS kann zum einen auf die Ausführungen unter E. II. 9.2.3 hiervor verwiesen werden, wobei darauf hinzuweisen ist, dass das komplexe regionale Schmerzsyndrom (Complex regional pain syndrome, CRPS) zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen gehört (https://de.wikipedia.org/wiki/Komplexes_regionales_Schmerzsyndrom, besucht am 31. März 2017). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich Dr. med. G.____ in seinem orthopädischen Teilgutachten mit dieser in den Vorakten mehrfach diskutierten Diagnosestellung ebenfalls auseinandersetzte. Da sich im Rahmen der orthopädischen Begutachtung klinisch indes keine Hinweise für das Vorliegen eines CRPS am rechten Fuss fanden und sich diesbezügliche Verdachtsmomente auch nicht aus der aktuellen MRI-Untersuchung vom 8. Juli 2016 ergäben, verneinte er das Vorliegen eines solchen (A.S. 260). Diese Ausführungen vermögen einzuleuchten, da der orthopädische Gerichtsgutachter in Bezug auf die MRI-Aufnahmen vom Juli 2016 überzeugend darlegte (A.S. 258), dass diese eine partielle, keine vollständige, knöcherne Fusion des Fersenbeines nach dessen Osteotomie zeigten. Er führte sodann aus, es finde sich kein Knochenmarködem als Hinweis auf einen floriden Prozess und die i.v. Kontrastmittelgabe ergebe keinen Anhalt auf das Vorliegen einer Osteonekrose und es bestehe kein Gelenkerguss. Es fanden sich auch im Unterhautfettgewebe und kutan keine vermehrten Kontrastmittelanreicherungen. Ein ausgeprägtes Ödem finde sich nur im subkutanen Fettgewebe. Talus, Kuboid und die übrigen Fusswurzelknochen stellten sich mit unauffälligem Signal und Form dar. Es sei durch die Osteotomie am Calcaneus zu einem Seitversatz des dorsalen Anteils des Calcaneus um 5 mm nach medial gekommen. Eine knöcherne Stufe an der Unterfläche des Calcaneus finde sich nicht. Die Plantaraponeurose sei regelrecht abzugrenzen, nach lateral hin leicht ausgedünnt. Eine Affektion der Plantaraponeurose durch die Fehlstellung sei nicht nachweisbar. Gestützt auf diese Darlegungen überzeugt ferner die Auseinandersetzung von Dr. med. G.____ mit dem relativ kurz und knapp gehaltenen Bericht von Dr. med. F.____ vom 27. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.41 hiervor), der die Hauptbeschwerden aufgrund seiner klinischen Untersuchung auf die nicht verheilte Calcaneusosteotomie zurückführte. Diesbezüglich hielt Dr. med. G.____ fest, beim aktuellen MRI des rechten Sprunggelenkes vom Juli 2016 zeige sich der Osteotomiespalt nicht vollständig knöchern durchbaut, wie dies auch Dr. med. F.____ bereits thematisiert habe (A.S. 265 f.). Insoweit sind sich die beiden Orthopäden somit einig. Anders verhält es sich jedoch betreffend das weitere Vorgehen. So führte Dr. med. G.____ aus, anders als Dr. med. F.____ sehe er ein nochmaliges chirurgisches Vorgehen in Zusammenschau aller Befunde nicht als erfolgversprechend an. Es sei auch fraglich, ob die Schmerzintensitäten des Beschwerdeführers das geklagte Ausmass wirklich hätten, nachdem der Beschwerdeführer ■ wie bereits oben ausgeführt ■ ohne Schmerzmedikation auskomme. So wäre vor einem operativen Vorgehen zunächst auch die Versorgung mit orthopädischem Schuhwerk vorzunehmen. Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar. Dies insbesondere auch deshalb, weil sich Dr. med. F.____ mit der

aktuellen Schmerzmedikation des Beschwerdeführers nicht näher befasste.

Betreffend den Bericht der Orthopädin und Unfallchirurgin AX.____ vom 29. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.43 hiervor), in dem der Beschwerdeführer als mit humpelndem Gangbild mit Stock beschrieben wurde, führte der Gutachter Dr. med. G.____ aus (A.S. 267), zur aktuellen Untersuchung sei der Beschwerdeführer mit dem rechten Bein vollständig an zwei Unterarmgehstöcken entlastend, erschienen. Dennoch sei davon auszugehen, dass dieser sein rechtes Bein im Alltag immer wieder einsetze, auch nachdem keine Verschmächigung der rechtsseitigen Beinmuskulatur vorliege. Diese Einschätzung wird durch die Feststellung im Rahmen der klinischen gutachterlichen Untersuchung, wonach die Beschwellung der Füsse seitengleich normal sei (A.S. 257), bestärkt.

Folglich wird der Beweiswert des orthopädischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. G.____ durch die übrigen medizinischen Berichte nicht geschmälert.

9.3 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen erweist sich das polydisziplinäre Gerichtsgutachten vom 6. Februar 2017 als voll beweismässig. Es kann daher darauf abgestellt werden.

9.4 Es kann, wie nachfolgend darzulegen ist, auch auf die beweismässige Beurteilung der Kausalität im Gutachten der [...] GmbH vom 6. Februar 2017 abgestellt werden:

9.4.1 So halten die Gutachter in Bezug auf die Beurteilung der natürlichen Kausalität fest (A.S. 253), die Diagnosen mit Relevanz auf somatischem Gebiet (Bewegungseinschränkung und chronisch wiederkehrende Schmerzen in den rechten Sprunggelenken und im rechten Fuss) könnten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 23. Juni 2008 zugeordnet werden. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung sei nicht infolge des Unfalls entstanden, jedoch sei es beim Beschwerdeführer unter den Folgen des Unfalls zu einer Destabilisierung der Selbstwertregulation sowie sonstigen Auswirkungen gekommen, insbesondere im Zuge der Inanspruchnahme der medizinischen Massnahmen. Der Status quo ante sei nicht erreicht worden und könne auch nicht mehr erreicht werden. Es bestehe auch kein schicksalsmässiger Verlauf eines krankhaften Vorzustandes im Hinblick auf die somatischen Diagnosen. Im Hinblick auf die Persönlichkeitsstörung handle es sich um eine Verschlechterung eines Vorzustandes. Das Unfallereignis habe diesbezüglich zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes geführt (A.S. 254).

9.4.2 Diese Einschätzungen werden durch die übrigen medizinischen Beurteilungen nicht in Frage gestellt, so dass darauf abgestellt werden kann: So sprach der Hausarzt des Beschwerdeführers im Arztzeugnis vom 13. Dezember 2010 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) im Hinblick auf die vermehrten Schmerzen im Bereich des rechten OSG vom Vorliegen von ausschliesslichen Unfallfolgen, was auch Dr. med. univ. B.____ am 21. Dezember 2009 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) stützte, indem er die Kausalität im Zusammenhang mit dem Rückfall als gegeben erachtete und sodann im Bericht vom 28. Juni 2011 auch die Operation vom 29. Juni 2011 als mit mindestens erforderlicher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführte (vgl. E. II. 6.9 hiervor). Ferner bejahte Prof. Dr. med. R.____ im Bericht vom 3. August 2012 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) die Kausalität zwischen dem Unfall und den jetzigen Beschwerden und auch Dr. med. D.____ hielt im Bericht vom 27. August 2012 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) fest, ein unfallbedingtes Substrat am rechten Fuss lasse sich nicht verneinen. Dr. med. univ. B.____ führte am 26. Februar 2014 gar aus (vgl. E. II. 6.33 hiervor), es liege ein stabiler medizinischer Endzustand vor und es sei durch weitere

medizinische Behandlungsmassnahmen keine wesentliche Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes mehr zu erwarten.

Diesen im Wesentlichen übereinstimmenden Kausalitätsbeurteilungen steht die Einschätzung von Dr. med. AY. ___ entgegen. So führte er die Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers in seiner sehr kurz und knapp ausgefallenen «ärztlichen gutachterlichen Stellungnahme» vom 15. Juli 2016 u.a. auch auf die Operationen und gewaltsamen Mobilisationen zurück (vgl. E. II. 6.44 hiervor). Seiner Beurteilung kann indes aufgrund des fehlenden Bezugs zum vorliegenden Fall bzw. zu den durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und allfälligen objektivierbaren Untersuchungsergebnissen nicht gefolgt werden. Aus dieser Stellungnahme geht insbesondere nicht hervor, worauf er sich bei seiner Einschätzung konkret stützte. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass er sich im Wesentlichen auf die ihm durch den Beschwerdeführer geschilderte subjektive Wahrnehmung abgestützt hat. Im Übrigen handelte es sich bei den erwähnten therapeutischen Vorkehren um Massnahmen, die ihrerseits auf den Unfall zurückzuführen sind, so dass der Kausalzusammenhang auch nach dieser These gegeben wäre.

9.4.3 Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die durch den Beschwerdeführer beklagten gesundheitlichen somatischen Beschwerden gestützt auf das voll beweiswertige Gerichtsgutachten der [...] GmbH vom 6. Februar 2017 mit der hierfür erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis vom 23. Juni 2008 in Zusammenhang stehen. Die natürliche Unfallkausalität ist daher diesbezüglich zu bejahen.

10. Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 6. Juni 2014 zu Recht vom Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG für den 31. März 2014 ausgegangen und hat daher ihre Leistungen in Form von Heilkosten und Taggelder zu Recht eingestellt und den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ab 1. April 2014 geprüft. Darauf ist nachfolgend einzugehen.

11. Es ist zunächst auf den Rentenanspruch des Beschwerdeführers und damit auf den durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich einzugehen und zu prüfen, ob der errechnete Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25 % (A.S. 11 f.) korrekt ist:

11.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Bundesrat regelt die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

11.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn

sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen) (BGE 112 V 376 E. 1a S. 380 mit Hinweisen). Dementsprechend ist für die Invaliditätsbemessung nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt oder die Ärztin ausschlaggebend (BGE 125 V 256 E. 4 S. 260); entscheidend sind vielmehr die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Arbeitsunfähigkeit.

11.3 Es ist zunächst auf das Valideneinkommen einzugehen:

11.3.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (hier: ab April 2014; S.A. 685) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. und 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 je mit Hinweisen).

11.3.2 Wie den vorliegenden Akten zu entnehmen ist, hat der Beschwerdeführer nach dem Abitur 1974 und einem abgebrochenen Studium der Mathematik und Physik von 1974 bis 1975 an der Fachhochschule [...] im Jahr 1981 das Staatsexamen als Diplomverwaltungswirt FH erworben (S.A. 8 f.). Anschliessend war er von 1981 bis 1988 als Darlehenssachbearbeiter und Rechnungsprüfer bei der [...] und von 1988 bis 1990 als Rechnungsprüfer/Revisor beim [...] tätig. Nach der einjährigen Betreuung eines EDF-Projektes beim Deutschen Caritasverband [...] arbeitete er vom März 1993 bis Dezember 1994 sodann als Dokumentator beim [...], und vom März 1996 bis Februar 1998 als PC-Supporter in diversen Netzwerken bei der [...], sowie vom März 1998 bis Mai 2001 bei der [...], als SAP Consultant. Daraufhin war der Beschwerdeführer vom Juni 2001 bis Juni 2003 als SAP Formulargestalter für ein Europäisches ERP-Projekt bei der [...], tätig. Vom Juli 2003 bis Januar 2004 versuchte der Beschwerdeführer erfolglos, sich als Webmaster selbständig zu machen und nahm vom März bis im August 2004 einen Zwischenjob als Elektro-Hilfsmonteur bei der [...], an. Diese Tätigkeit musste er wegen Hustenanfällen aufgrund des Glasfaserstaubes aufgeben. Vom Dezember 2004 bis August 2005 war er als LKW-Chauffeur bei der [...], vom September bis Dezember 2005 bei [...], und vom März 2006 bis März 2008 bei der Schnaps-Brennerei [...], tätig. Ab April 2008 bis zum Unfallereignis vom Juni 2008 arbeitete er wieder bei der [...], als LKW-Chauffeur. Per 31. August 2009 wurde dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (S.A. 55). Ab 1. September 2009 arbeitete er sodann als Linienbusfahrer bei der [...], (S.A. 68). Ab 1. Dezember 2010 war der Beschwerdeführer sodann bei der [...], beschäftigt (vgl. S.A. 84).

Die Beschwerdegegnerin ist somit für die Festsetzung des Valideneinkommens korrekterweise vom zuletzt vor dem Unfallereignis vom 23. Juni 2008 bei der [...] erzielten Einkommen des Beschwerdeführers ausgegangen. Dieses betrug monatlich CHF 4'900.00 (+ CHF 600.00 Pauschalspesen; vgl. S.A. 66), was unter Einbezug des 13. Monatslohns einem Jahresverdienst von CHF 71'500.00 entspricht. Die Berechnung der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 10) ist dahingehend zu beanstanden, dass die Lohnentwicklung bis zum Rentenbeginn (April 2014) nicht berücksichtigt wurde. Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2008 bis 2014 ergibt sich ein monatliches Einkommen von CHF 5'797.40 (CHF 4'900.00 + CHF 600.00 [: 100 x 102.1] x [: 100 x 100.8] x [: 100 x 100.1] x [:100 x 100.8] x [:100 x 100.7] x [:100 x 100.8]), das unter

Einbezug des 13. Monatslohnes im Jahr CHF 75'366.25 beträgt.

11.4 Im Weiteren ist auf das Invalideneinkommen einzugehen:

11.4.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person ■ wie vorliegend der Fall ■ nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475, 126 V 75 E. 3b/bb S. 76; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b/aa).

11.4.2 Bezüglich des Invalideneinkommens ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als LWK-Chauffeur unfallbedingt nicht mehr ausüben kann, er aber ■ gestützt auf das im Gerichtsgutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. II. 6.45 hiervor, A.S. 256 oben) ■ in einer einfachen, angepassten, sitzenden, wiederholenden Tätigkeit ohne Ansprüche an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen und ohne häufig wechselnden Kontakt zu Kunden oder Kollegen, mit der Möglichkeit, das rechte Bein/den rechten Fuss hochzulagern und mit frei wählbaren Pausen und nur kurzen Gehstrecken, die mit zwei Unterarmgehilfen zurückgelegt werden könnten, ab 1. April 2014 zu 50 % arbeitsfähig wäre (50 % Leistung bei Präsenzzeit von 8,5 Stunden). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 errechnet hat. Sie begründet ferner das Abstellen auf die LSE in nachvollziehbarer Weise damit, dass aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP)-Beschreibungen kaum ersichtlich sei, ob die Möglichkeit bestehe, das Bein zeitweise hochzulagern (S.A. 706, S. 2). Das nach LSE 2010, TA1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Total Männer, korrekterweise herangezogene Einkommen von CHF 4'901.00 ergibt nach Hochrechnung auf die allgemein betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden sowie unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2010 auf 2014 eine Summe von CHF 63'297.00 ($\text{CHF } 4'901.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41.7] \times \text{[: } 100 \times 101] \times \text{[: } 100 \times 100.8] \times \text{[: } 100 \times 100.7] \times \text{[: } 100 \times 100.7]$). Unter Berücksichtigung des 50%igen Arbeitspensums beträgt das Invalideneinkommen somit CHF 31'648.50.

11.4.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen

rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen, 126 V 75 E. 5b/aa-cc S. 79). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist.

11.4.4 Während die Prüfung, ob ein Abzug im Grundsatz berechtigt sei, eine Rechtsfrage betrifft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72), handelt es sich bei der Bemessung des Abzugs um eine Ermessensfrage. Dementsprechend hat das Versicherungsgericht zu prüfen, ob der Entscheid, den die Beschwerdegegnerin nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73, 126 V 75 E. 6 S. 81).

11.4.5 Da dem Beschwerdeführer nur noch dem Leiden angepasste Arbeiten zumutbar sind, ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, die den leidensbedingten Abzug auf 15 % festgelegt hat (A.S. 12), nicht zu beanstanden. Von einer unangemessenen Bemessung des Abzugs durch die Beschwerdegegnerin ist dabei nicht auszugehen. Folglich beträgt das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 15 % insgesamt CHF 26'901.25.

11.5 Es ergibt sich daher eine Erwerbseinbusse von CHF 48'465.00 (CHF 75'366.25 ■ CHF 26'901.25), was einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von gerundet (vgl. BGE 130 V 121) 64 % entspricht und zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt (vgl. I. E. 2 hiervor). In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach ein Abzug von 25 % vorzunehmen sei, kann festgehalten werden, dass er nicht substantiiert darzulegen vermag, weshalb von einem entsprechenden Abzug von 25 % auszugehen sei.

12. Es ist nachfolgend auf die Integritätsentschädigung einzugehen:

12.1 Nach 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. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

12.2 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 133 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemeingültige Regeln zur Bemessung des

Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen des Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147, 113 V 218 E. 4b S. 221 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_49/2014 vom 23. April 2014 E. 4.3).

12.3 Für die im Anhang 3 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). Die medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der SUVA). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, der in der Skala angegebene Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes gelte im Regelfall, welcher im Einzelnen Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichstellung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32 mit Hinweisen; RKUV 1989 Nr. U 76 S. 306, U 47/88 E. 4a, nicht publiziert in BGE 115 V 147).

12.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 bei der Festlegung des Integritätsschadens von 15 % auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. univ. B.____ vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.31 hiervor). Dies erweist sich nach Vorliegen des voll beweiswertigen Gerichtsgutachtens vom 6. Februar 2017 als nicht korrekt. So schätzten die Gutachter im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung die Integritätsentschädigung in somatischer Hinsicht bei hochgradig eingeschränkter Funktion des rechten Fusses mit Spitzfussstellung unter Einbezug auch der Zukunftsrisiken gemäss Suva Tabelle 2.2 auf 30 %. Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass Dr. med. univ. B.____ in seiner Beurteilung von der Suva Tabelle 5.2 (Integritätsschaden bei Arthrosen) ausging, wobei er sich auf die objektivierbaren Befunde mit mässiger Arthrose des oberen Sprunggelenkes, stützte. Dieser Ansicht kann indes aufgrund des beweiswertigen Gutachtens der [...] GmbH vom 6. Februar 2017 nicht gefolgt werden.

12.5 Den schlüssigen Ausführungen der Gerichtsgutachter (A.S. 248) ist nichts beizufügen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. März 2014 bzw. im Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 ist unter Heranziehung des voll beweiswertigen Gerichtsgutachtens neu von einem Integritätsschaden von 30 % auszugehen.

13. Es kann folglich zusammenfassend festgestellt werden, dass die Beschwerdegegnerin die Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht eingestellt und dem Beschwerdeführer korrekterweise ab 1. April 2014 eine Invalidenrente sowie Integritätsentschädigung zugesprochen hat. Gestützt auf das Gerichtsgutachten vom 6. Februar 2017 erweisen sich indes die errechnete Erwerbsunfähigkeit von 25 % und die Basis der Integritätseinbusse von 15 % als nicht korrekt. In diesem Sinn ist der Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab 1. April 2014 aufgrund eines

Erwerbsunfähigkeitsgrades von 64 % eine Invalidenrente und gestützt auf einen Integritätsschaden von 30 % eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Die Sache ist zur entsprechenden Berechnung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

14. Der obsiegende Beschwerdeführer hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu. Dem Beschwerdeführer steht somit eine volle Parteientschädigung zu.

14.1 Soweit nichts anderes bestimmt ist, gilt über den Verweis in § 58 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRG, SR 175.2) im Verfahren vor dem Versicherungsgericht seit dem 1. Januar 2011 die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO, SR 272). Dies gilt auch für das vorliegende Verfahren, zumal dieses nach dem 1. Januar 2011 rechtshängig wurde. Dies bedeutet im vorliegenden Fall für die Parteientschädigung, dass § 160 Abs. 2 n.F. Gebührentarif (GebT, BGS 615.111) der bei anwaltlicher Vertretung für den Stundenansatz einen Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 vorsieht, zur Anwendung gelangt. Für den vorliegend bei Procap Schweiz angestellten Anwalt gilt ein Stundenansatz von CHF 230.00.

14.2 Die den Beschwerdeführer bis am 9. Dezember 2015 vertretende Procap Schweiz macht in ihren am 9. März und 9. Dezember 2015 eingereichten Kostennoten (A.S. 79, 153) insgesamt einen Aufwand von total 24,05 Stunden geltend. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der in beiden eingereichten Kostennoten ausgewiesene Aufwand von 1,5 Stunden für das «Studium Urteil; Nachbesprechung» vom 1. April 2015 nur einmal zu berücksichtigen ist. Da das Mandat vor Prozessende beendet wurde, fällt dieser Posten («Studium Urteil; Nachbesprechung») von 1,5 Stunden ohnehin vollständig weg. Damit verbleibt ein Aufwand von 21,05 Stunden. In Anbetracht von ähnlich gelagerten Fällen erscheint dieser als angemessen. Mit dem Stundenansatz von CHF 230.00 ergibt sich ein Honorar von CHF 4'841.50. In Bezug auf die ausgewiesenen Kosten für die insgesamt 195 Kopien ist zu beachten, dass Kopien nur mit CHF 0.50 (§ 160 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in den Kostennoten geltend gemacht, entschädigt werden. Somit sind diese auf CHF 97.50 zu reduzieren. Unter Einbezug der Portokosten von CHF 55.40 und der Mehrwertsteuer von 8 % (CHF 399.55) resultiert eine Parteientschädigung von gerundet CHF 5'394.00. Diese ist entsprechend der Abtretung vom 5. Juli 2014 und der Notifizierung vom 9. Dezember 2015 (A.S. 151) an Procap Schweiz auszusahlen.

14.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

14.4 Der medizinische Sachverhalt war im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 6. Juni 2014 (A.S. 1 ff.) nicht hinreichend geklärt. Dies zeigte sich indes ■ wie bereits in E. II.

E. 8

hiervor erläutert ■ erst aufgrund der nach Erlass des Einspracheentscheids vom 6. Juni 2014 eingereichten bzw. eingeholten medizinischen Akten, so insbesondere durch das rheumatologische Gutachten von Dr. med. AT.____ vom 5. Dezember 2014 und der Notiz

von Dr. med. univ. B.____ vom 21. November 2013, mit welcher er sich auf eine E-Mail von Prof. Dr. med. AJ.____ bezog, die erst am 7. Januar 2015 und somit im Rahmen des Beschwerdeverfahrens aktenkundig wurde. Es kann daher der Beschwerdegegnerin nicht vorgeworfen werden, sie hätte im Zeitpunkt des Einspracheentscheids ergänzende Abklärungen vornehmen müssen. Sie hat daher den ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Das Gericht musste jedoch diese im Nachhinein entstandene Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen. Die Kosten des polydisziplinären Gerichtsgutachtens der [...] GmbH vom 6. Februar 2017 in der Höhe von CHF 20'400.00 hat die Beschwerdegegnerin daher nicht zu tragen (vgl. BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75). Sie gehen zu Lasten der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn.

Demnach widerkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. Juni 2014 teilweise aufgehoben. Dem Beschwerdeführer steht für die Zeit ab 1. April 2014 gestützt auf einen Erwerbsunfähigkeitsgrad von 64 % eine Invalidenrente und aufgrund eines Integritätsschadens von 30 % eine Integritätsentschädigung zu. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für die Zeit der Vertretung durch Procap Schweiz eine Parteientschädigung von CHF 5'394.00 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen. Diese ist auszuführen an Procap Schweiz.

3. Die Gerichtskasse des Kantons Solothurn trägt die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 6. Februar 2017 von CHF 20'400.00.

4. Eine Kopie der Rechnung der [...] GmbH vom 6. Februar 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie der Eingaben des Beschwerdeführers vom 22. März 2017 (per Fax), vom 27. März 2017 (Eingangsdatum per Post) sowie vom 28. März, 5., 7. und 8. April 2017 (alle per Fax) gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

6. Die Eingaben des Beschwerdeführers vom 11. April 2017 (Eingangsdatum) 12. April 2017 (per Fax) und 13. April 2017 (Eingangsdatum) werden aus den Akten gewiesen und zur Entlastung des Gerichts an den Beschwerdeführer retourniert.

7. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_363/2017 vom 22. November 2017 aufgehoben.

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