

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.252 vom 21. September 2020**

SO Obergericht, 2020-09-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.252\\_d20200921](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.252_d20200921)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.252 du 21 septembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.252 del 21 settembre 2020

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der Einsprache-Entscheid der SUVA vom 19. September 2019 sei (unter Vorbehalt der Behaftungen gemäss nachstehender Ziff. V.3.a und V.4.c) aufzuheben.

### **E. 2**

Die SUVA sei rückwirkend und fortwährend zur Ausrichtung der bisherigen Taggelder und zur Übernahme der Heilungskosten seit dem 1. Juni 2019 zu verpflichten (unter Anrechnung der seit Juni 2019 ausgerichteten Teilrente).

### **E. 3**

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine lebenslängliche SUVA-Rente von 70 % ab dem 1. Juni 2019 und eine Integritätsentschädigung von mindestens 25 % auszurichten, allenfalls unter Anordnung eines (wie nachstehend sub Ziff. 4 beantragten) Obergutachtens.

### **E. 4**

Subeventualiter sei der Entscheid an die Vorinstanz zurück- und diese anzuweisen, ein Obergutachten bei einer neuen Y.\_\_\_\_ anzuordnen, unter Einsetzung von Gutachtern aus den Fachdisziplinen nicht nur der Inneren Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie, sondern auch der Unfall-Chirurgie / Unfall-Orthopädie / Unfall-Traumatologie und Neurologie. Subsubeventualiter sei a) das «B.\_\_\_\_» zu verpflichten, sein bisheriges Gutachten vom 3. August 2017 unter Zuzug eines Unfall-Chirurgen / Unfall-Orthopäden / Unfall-Traumatologen und Neurologen zu überarbeiten, zu ergänzen und zu verbessern, unter Berücksichtigung der Fragestellungen des Beschwerdeführers in seiner Stellungnahme zum B.\_\_\_\_-Gutachten vom 11. September 2017 und seinen darauf folgenden Noven-Eingaben (insb. vom 18. Januar 2018, 19. Januar 2018, 8. Mai 2018 und 6. Juli 2018), der danach weiter vorgelegten Arztzeugnisse und der heutigen Beschwerde; b) und sei der RAD zu verpflichten, ein falladäquates Verlaufsgutachten zu erstellen, unter Berücksichtigung der oberwähnten Eingaben, Arztzeugnisse und der heutigen Beschwerde.

### **E. 5**

Unter o/e-Kostenfolge. Die Beschwerdebeklagte sei zur Zahlung einer dem – aufgrund der Vorgehensweise des B.\_\_\_\_, der IV-Stelle SO und der SUVA – in concreto unumgänglich zu erbringenden Zeitaufwand angemessenen Parteientschädigung an den Beschwerdeführer zu verpflichten. Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer – ex nunc (und unter Dispensierung von der Leistung eines o/Kostenvorschusses) – für die sämtlichen auf ihn entfallenden

o/e-Kosten die unentgeltliche Rechtspflege mit dem Unterzeichneten als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu gewähren.

## **E. 6**

Es sei der vorliegenden Beschwerde unverzüglich die aufschiebende Wirkung per 1. Juni 2019 wieder zu erteilen bzw. diese wiederherzustellen. 3. Mit Eingabe vom 28. Oktober 2019 (Suva-Nr. 61) reicht der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2020 (A.S. 24 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde vom 18. Oktober 2019 sei, soweit überhaupt darauf einzutreten sei, vollumfänglich abzuweisen. 5. Mit Verfügung vom 14. November 2019 (A.S. 74 f.) weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts das Begehren des Beschwerdeführers, die durch die Beschwerdegegnerin entzogene aufschiebende Wirkung der Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 19. September 2019 sei wiederherzustellen, ab. 6. Mit Replik vom 5. Dezember 2019 (A.S. 77 ff.) verweist der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf seine bisherigen Ausführungen. 7. Mit Eingabe vom 16. Januar 2020 (A.S. 90 ff.) reicht der Beschwerdeführer weitere Unterlagen und Bemerkungen ein. 8. Mit Verfügung vom 24. Januar 2020 (A.S. 95 f.) wird dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Advokat Dieter Schlumpf, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 9. Mit Duplik vom 5. Februar 2020 (A.S. 99 f.) verweist die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen. 10. Mit Eingabe vom 18. Februar 2020 (A.S. 103 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer unaufgefordert vernehmen. 11. Mit Eingabe vom 16. April 2020 (A.S. 113 ff.) reicht der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein und stellt den Antrag, falls sich das Sozialversicherungsgericht nicht ohnehin bereits für eine Gutheissung der Beschwerde seines Mandanten entschieden haben sollte, sei das Verfahren bis zum 30. Juni 2020 zu sistieren. 12. Mit Eingabe vom 30. Juni 2020 (A.S. 122 ff.) reicht der Beschwerdeführer wiederum weitere Unterlagen ein und beantragt eine Verlängerung der bereits beantragten Sistierung bis zum 31. August 2020. 13. Mit Eingabe vom 31. August 2020 (A.S. 125 ff.) beantragt der Beschwerdeführer, die Einreichungsfrist für weitere Berichte sei bis zum 30. September 2020 zu erstrecken. 14. Mit Verfügung vom 3. September 2020 (A.S. 128 f.) wird das Gesuch des Beschwerdeführers, die Frist zur Einreichung weiterer Unterlagen sei bis zum 30. September 2020 zu erstrecken bzw. das Verfahren sei bis 30. September 2020 zu sistieren, abgewiesen und das Beweisverfahren geschlossen. 15. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E.

3.1, 119 V 337 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b). 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (statt vieler: Entscheide des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3, und vom 24. Oktober 2007, 8C\_439/2007, E. 3.2, je mit Hinweisen).

3. Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 117 V 263 E. 3b und 282 E. 4a, 116 V 26 E. 3c, 115 V 142 E. 8a mit Hinweisen). 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 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b, m.w.H.). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 161 f. E. 2d). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides mitzubehalten, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird. Auch Berichten und Stellungnahmen versicherungsinterner Fachpersonen kommt Beweiswert zu, wenn sie die allgemeinen Anforderungen erfüllen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei das Gutachter-Team des B.\_\_\_\_ mangelhaft zusammengesetzt gewesen. So hätten Unfall-Chirurge, -Orthopäde, -Traumatologe und Neurologe beigezogen müssen. Auf seine diesbezüglichen Anträge sei die Beschwerdegegnerin nicht eingegangen. Im übrigen habe bereits Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 21. April 2015 dafürgehalten, dass ein polydisziplinäres Gesamtgutachten – sollte ein solches denn indiziert sein – orthopädisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch zu erfolgen hätte. Zudem habe auch med. pract. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 17. August 2017 die Fehlbesetzung kritisiert. Sodann könne die falsche Behauptung, die Unfallfolgen hätten keine Auswirkungen auf die angrenzenden Gelenke, nur der Fachfremdheit zugeschrieben werden. Dauerhafte Fehlbelastungen durch was auch immer führten bei allen Menschen über kurz oder lang (hier gehe es um mindestens 10 Jahre) zu Defekten an den direkt und auch indirekt benachbarten oder statisch betroffenen Geweben und Gelenken. Sowohl das benachbarte Knie sei mit chondropatia patellae durch abschabende Knorpelverluste durch Fehllhaltung und Fehlbelastung bereits geschädigt, wie auch das Hüftgelenk vom Gutachter selbst anerkannt bereits Anzeichen einer Coxarthrose und eines Impingements habe. Ferner halte selbst der B.\_\_\_\_-Psychiater fest, die Schmerzen im linken Knie und in der linken Hüfte seien durchaus im Rahmen einer Fehlbelastung zu werten und die Schmerzen im linken Fuss seien aufgrund der häufigen Operationen erklärbar. Damit sei die (zumindest indirekte) Unfallkausalität dieser Schmerzen mithin im und vom Gutachten selbst anerkannt. Zudem sei die Behauptung der Beschwerdegegnerin, eine Fehlbeurteilung der Kausalität der physischen Beschwerden könne der Beschwerdeführer einzig unter Berufung auf seinen Hausarzt anführen, nicht zutreffend. So gebe es 16 Arztberichte von 11 verschiedenen Ärzten, welche die (direkte oder indirekte) Unfallkausalität der physischen und psychischen Beschwerden belegen würden. Es seien dies: Chefarzt Dr. C.\_\_\_\_, Dr. E.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_, med. prakt D.\_\_\_\_, Chefarzt Dr. G.\_\_\_\_, Konsiliararzt Dr. H.\_\_\_\_, Leitender

Arzt Dr. I.\_\_\_\_, Oberarzt Dr. J.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_, Chefarzt Dr. L.\_\_\_\_ und Oberarzt prakt. med. M.\_\_\_\_. Insgesamt 9 dieser 16 Arztberichte datierten nach dem B.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. August 2017 und hätten von den B.\_\_\_\_-Gutachtern deshalb nicht berücksichtigt werden können. Ausserdem hätten die Gutachter auch die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden und Einschränkungen des Beschwerdeführers verkannt. Dr. med. C.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 8. September 2017 ausgeführt, dass die Beschwerdekongstellat[i]on [die psychische Belastungssituation mit depressiven Episoden bzw. die chronische Schmerzstörung bei psychischen und somatischen Faktoren] im aktuellen Gutachten zu wenig bezüglich der noch vorhandenen Ressourcen diskutiert worden seien. Des Weiteren beständen im B.\_\_\_\_-Gutachten erhebliche Widersprüche. So beschreibe der psychiatrische Gutachter erhebliche Einschränkungen im linken Fuss, während der rheumatologische Gutachter ausführe, trotzdem sei die Funktion des linken Fusses noch recht gut. Die Gutachter hätten in ihrer abschliessenden Beurteilung zudem festgehalten, dass sich keine Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden finden liessen. Somit hätten die Gutachter den geschilderten Einschränkungen des Beschwerdeführers Glauben schenken müssen. In tatsächlicher Hinsicht sei zudem zu beachten, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Mai 2015 (Anstellung bei seinem jetzigen Arbeitgeber) nie mehr als ca. 30 % habe arbeiten können. Sodann fehle es vorliegend an einer Gesamtbetrachtung der Einschränkungen gemäss BGE 141 V 281 im Sinne einer Indikatorenprüfung. Zudem sei im Gutachten in keiner Weise auf die Einwände, Kritikpunkte und Rückfragen in der Stn. zum B.\_\_\_\_-GA vom 11. September 2017 (und den anschliessenden Noveneingaben) eingegangen worden. Sodann sei das B.\_\_\_\_-Gutachten mittlerweile bereits deutlich über zwei Jahre alt. Weiter liefere das Gutachten auch keine hinreichende und / oder schlüssige Begründung dafür, weshalb die vom Beschwerdeführer und den zahlreichen behandelnden Ärzten geschilderten Beschwerden lediglich zu einer 20 % Arbeitsunfähigkeit führten. Des Weiteren sei der Unfall als (mindestens) mittelschwer einzustufen und es seien (mindestens) 5 bis 6 der 7 Kriterien, welche eine Unfallkausalität psychischer Leiden mitzubegründen vermöchten, vorliegend erfüllt: Nämlich 1. die «besonders dramatischen Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles», 2. die «schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen», 3. die «ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung» 4. die «körperlichen Dauerschmerzen», 5. der «schwierige Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen» und 6. «der Grad und die (absehbar lebenslängliche) Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit». Die Beschwerdegegnerin gebe in ihrer Beschwerdeantwort nun an: «Richtig ist, dass der Heilungsverlauf langwierig und kompliziert war, dies entgegen den ursprünglichen Annahmen». Hierauf sei sie zu behaften. Mit dieser Feststellung räume sie ein, dass betreffend die «adäquate Kausalität der psychischen Unfallfolgen» mindestens zwei der sieben massgeblichen Kriterien – ausgeprägt – erfüllt seien: nämlich die Kriterien (3) «ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung» und (5) «schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen». Sodann sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht, da sich gemäss den Berichten der behandelnden Ärzten die Beschwerden eher noch verschlechtert hätten und weitere Heilbehandlungen und Therapien indiziert seien sowie gegebenenfalls gar weiterer Operationsbedarf bestehe. Bezüglich der Invaliditätsberechnung sei vorweg festzuhalten, dass hierbei auch die mittlerweile festgestellte mittelgradige depressive Episode mitzubegründeten sei. Sodann sei die Beschwerdegegnerin mit einem Valideneinkommen von CHF 68'820.00 unzulässigerweise von dem im Vorbescheid der IV angenommenem Valideneinkommen von CHF 69'671.00

abgewichen. Des Weiteren sei auch das Invalideneinkommen falsch berechnet worden. So habe die Beschwerdegegnerin vom Tabellenlohn keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen. So wäre ein solcher von 20 % angemessen. Sodann sei zu berücksichtigen, dass ihm während 970 Tage nie weniger als eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert worden sei. Dies sei entsprechend bei der Berechnung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen. Dies ergäbe ein Invaliditätsgrad von 69 % bzw. nach Vornahme des leidensbedingten Abzuges von 90 %. Zudem gehe aus den Arbeitsversuchen hervor, dass er nie mehr als 30 % habe arbeiten können und keine andere Arbeitsstelle habe gefunden werden können. Deshalb sei beim Invalidenlohn auf das im Jahr 2018 erzielte Einkommen von CHF 24'719.00 und ein Invaliditätsgrad von 65 % abzustellen. Rechne man den Verdienst der Monate Januar - Juni auf ein Jahr auf, ergebe dies ein Invalideneinkommen von CHF 23'786.10 und ein Invaliditätsgrad von 66 %. Der Durchschnitt aus dem Jahreseinkommen 2018 (CHF 24'719.00) und dem – aufgerechneten – Jahrelohn aus dem Jahre 2019 (CHF 23'786.10) ergäbe ein Brutto-Jahreseinkommen von CHF 24'252.55 und ein Invaliditätsgrad von 65 %. Schliesslich sei die zugesprochene Integritätsentschädigung von 5 % zu tief. Zudem habe er auch in psychischer Hinsicht eine dauernde erhebliche Schädigung erlitten, was bei der Integritätsentschädigung nicht berücksichtigt worden sei. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, in organischer Hinsicht verblieben als Folge des Unfalls vom 27. August 2007 die den linken Fuss betreffenden Beschwerden. Soweit in den Akten von Rückenbeschwerden die Rede sei, handle es sich um Beschwerden, welche bereits vor vielen Jahren geklagt worden seien und in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. August 2007 stünden. In Bezug auf die geklagten Knie- und Hüftbeschwerden sei zu bemerken, dass diese laut der Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. N. \_\_\_ vom 5. Februar 2015 nicht auf den Unfall vom 27. August 2007 zurückzuführen seien. Diese Beurteilung werde durch die Schreiben von Dr. med. E. \_\_\_ an den Beschwerdeführer vom 17. Dezember 2014 bzw. an die Suva Basel vom 27. Januar 2015 bestätigt, wobei Dr. med. E. \_\_\_ seine Einschätzung auch begründe. Soweit der Einsprecher einwende, die Dres. med. D. \_\_\_ und O. \_\_\_ gingen diesbezüglich von unfallbedingten Beschwerden aus, sei zu bemerken, dass eine solche Einschätzung nicht näher begründet werde und vom Fachgebiet her Dr. med. E. \_\_\_ zur Beurteilung dieser Frage auch besser qualifiziert erscheine. Somit sei auch diesbezüglich von einem unfallfremden Geschehen auszugehen. Was der Beschwerdeführer bei der Kritik an der Beurteilung seiner psychischen Beeinträchtigungen übersehe, sei die Tatsache, dass es sich bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen psychischen Beeinträchtigungen und dem Unfallereignis nicht um eine medizinische Frage handle, sondern um eine Rechtsfrage. In diesem Sinne hätte der Invaliditätsgrad im UVG nur dann erhöht werden können, wenn dieser adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte, was aber nicht der Fall sei. Was die psychischen Beschwerden anbelange, sei die Adäquanz zwischen dem Ereignis vom 27. August 2007 und diesen Beschwerden zu prüfen. Vorliegend seien die Voraussetzungen betreffend Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis nicht erfüllt, weshalb die Adäquanz in Anwendung der Psycho-Praxis zu prüfen sei. Das Ereignis vom 27. August 2007 sei allerhöchstens als mittelschwer im Grenzbereich zu einem leichten Unfall zu qualifizieren. Bei dieser Unfallschwere müssten mindestens vier der massgeblichen Kriterien oder wenigstens eines der Kriterien ausgeprägt erfüllt sein, damit die Adäquanz zu bejahen sei (Urteil des Bundesgerichts 8C\_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5). Es dürfe als offensichtlich bezeichnet werden, dass keines der sieben Kriterien ausgeprägt erfüllt sei. Auch nicht in

einfacher Weise erfüllt seien jedenfalls die Kriterien 1, 2, 5, 7. Damit stehe fest, dass nicht wenigstens vier Kriterien erfüllt sein könnten, weshalb die Adäquanz zu verneinen sei. Richtig sei aber, dass der Heilungsverlauf langwierig und kompliziert gewesen sei, dies entgegen den ursprünglichen Annahmen. In Anbetracht des Ausgeführten sei in unfallbedingter Hinsicht bzw. bei der Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente bzw. Integritätsentschädigung und somit auch im Hinblick auf die Frage der Rechtmässigkeit des Fallabschlusses die psychische Problematik ausser Acht zu lassen und es seien allein die somatischen Beschwerden betreffend den linken Fuss zu berücksichtigen. Bereits im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. August 2017 sei zum Ausdruck gebracht worden, dass von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei; von weiteren orthopädisch-chirurgischen Eingriffen sei explizit abgeraten worden. Med. pract. D.\_\_\_\_ habe am 6. Mai 2019 das Vorliegen eines «nicht weiter verbesserbaren» Endzustands angegeben, welche Aussage er am 5. Juni 2019 revidiert habe, wobei die Begründung nicht verständlich sei. Laut dem Schreiben des P.\_\_\_\_-Spitals vom 14. Juni 2019 habe die Situation trotz der durchgeführten Massnahmen nicht gebessert. Dr. med. L.\_\_\_\_ habe im Schreiben vom 25. Juni 2019 dafür gehalten, aktuell könne nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden, schienen weitere Therapien doch möglich. PD Dr. med. Q.\_\_\_\_ schliesslich sei im Sprechstundenbericht vom 12. Juli 2019 bezüglich einer deutlichen Reduktion der Missempfindungen bzw. Schmerzen von einer eher schlechten Prognose ausgegangen. Schliesslich habe auch der Kreisarzt zum Ausdruck gebracht, eine namhafte Besserung sei nicht zu erwarten. Diesbezüglich sei anzufügen, dass die blosser Möglichkeit weiterer Therapien nicht für eine zu erwartende namhafte Besserung spreche. In Anbetracht dessen sowie der anderen Äusserungen bzw. Beurteilungen könne nicht gesagt werden, es sei – Ende Juni 2019 – noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten gewesen. Umso weniger sei eine solche als überwiegend wahrscheinlich zu qualifizieren. Dementsprechend sei der Fall Ende Juni 2019 zu Recht abgeschlossen. Sodann sei bezüglich der Invaliditätsberechnung festzuhalten, dass gestützt auf die Angaben der R.\_\_\_\_ AG vom 29. März 2019 das Valideneinkommen auf CHF 68'820.00 festgesetzt worden sei. Der Einsprecher beanstandete dieses Vorgehen, habe das Arbeitsverhältnis nämlich während bloss kurzer Zeit bestanden und habe es sich – notorisch – um einen sehr tiefen Lohn gehandelt. Es seien aber keine Anhaltspunkte auszumachen, welche ein höheres Valideneinkommen als überwiegend wahrscheinlich erscheinen liessen. Was das Invalideneinkommen anbelange, sei vorweg die unfallbedingte gesundheitliche Situation von Bedeutung. Diesbezüglich könne auf das überzeugende B.\_\_\_\_-Gutachten und die diesbezügliche Zumutbarkeitsbeurteilung abgestellt werden. Damit stehe gleichzeitig fest, dass bei der Bemessung des Invalideneinkommens nicht auf das tatsächlich erzielte Einkommen abzustellen sei, sei der Einsprecher zumutbarerweise doch mehr zu erwerben fähig. Vergleiche man das Valideneinkommen von CHF 68'820.00 und das Invalideneinkommen von CHF 57'300.00, resultierten eine Lohneinbusse von CHF 11'520.00 und ein Invaliditätsgrad von 17 %. Des Weiteren habe Kreisarzt Dr. med. N.\_\_\_\_ seine Einschätzung, wonach der Integritätsschaden 5 % betrage, damit begründet, der klinische Befund entspreche am ehesten einer beginnenden mässigen Arthrose. Diese Begründung erscheine nachvollziehbar, und die Beurteilung stehe in Einklang mit der entsprechenden Tabelle 5. Die Beurteilung sei, auch in Berücksichtigung des bei der Schätzung eines Integritätsschadens bestehenden Ermessensspielraums, nicht zu bemängeln. Der Beschwerdeführer übersehe bei seiner Rüge, dass nur in Ausnahmefällen überhaupt ein Integritätsschaden nach einem Unfall aufgrund von psychischen Folgen

zugesprochen werden könne und hinsichtlich Erheblichkeit und Dauerhaftigkeit des psychischen Schadens hohe Anforderungen gestellt würden. Die Frage der Ausrichtung einer Integritätsentschädigung für eine psychische Störung nach Unfall sei erst dann zu prüfen, wenn die diagnostizierte Störung aus rechtlicher Sicht in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Ereignis stehe und dauernden Charakter habe, voraussichtlich nämlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang bestehe. Im vorliegenden Fall scheitere die Forderung aber bereits an der Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Sodann rüge der Beschwerdeführer, dass die Gutachter ihre Beurteilung jeweils nach einmaliger, sehr kurzer persönlicher Exploration abgeben würden, während die Hausärzte und behandelnden Ärzte über Jahre Beobachtungen anstellen und die Beschwerden besser beurteilen könnten. Dass ein Gutachten eine Momentaufnahme sei und der zeitliche Aufwand sicherlich auch nur ansatzweise nicht mit jenem eines Hausarztes übereinstimme, treffe zu. Er vermöge aber ein Gutachten trotzdem mit diesem Hinweis nicht zu entkräften. Des Weiteren mache der Beschwerdeführer geltend, gemäss B.\_\_\_\_-Gutachten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, was die Suva ignoriert habe. Dieser Einwand sei nicht stichhaltig. Vielmehr sei er in Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 20 % bereits berücksichtigt worden. Wenn der Begründung des Beschwerdeführers gefolgt würde, so würde (entgegen dem Gutachten) von einer Arbeitsfähigkeit von bloss noch 60 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen. 5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss vorgenommen und dem Beschwerdeführer mit Einspracheentscheid vom 19. September 2019 zu Recht mit Wirkung ab 1. Juli 2019 eine Rente von 17 % und eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 5 % zugesprochen hat. Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 5.1 Mit Schreiben vom 17. Dezember 2014 (Suva-Nr. 351) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, S.\_\_\_\_ Klinik Birshof, fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden stünden kausal im Zusammenhang mit dem stattgehabten Unfall vom 7. August 2007. Dies beinhalte die Schmerzen auf der Innenseite sowie die Aussenseiten des Knöchels wie auch die Gefühlsstörungen. Diese Beschwerden könnten nach oben in Richtung des Unterschenkels ausstrahlen. Die Ausstrahlungen dieser Schmerzen im Knie bzw. Kniebeschwerden müssten aber unterschieden werden von einer Veränderung der Knie im Sinne einer Arthrose oder ähnlichem. Eine direkte kausale Verknüpfung von Veränderungen im Knie oder Hüftbereich zum Unfall vom 7. August 2007 bestehe nicht. Strukturelle Veränderungen der Knie und Hüftgelenke seien nicht indirekter medizinischer Kausalität zum stattgehabten Unfall zu werten. 5.2 Im Bericht vom 21. Oktober 2015 (Suva-Nr. 331) führte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, aus, beim Versicherten bestehe ein Status nach Malleolarfraktur links mit insgesamt sieben Folgeeingriffen. Als Unfallfolgen dauerhaft und bleibend bestünden zum heutigen Zeitpunkt belastungsabhängige und zum Teil auch Ruheschmerzen im linken Fuss und der linken Ferse, ein bleibendes Taubheitsgefühl der linken Ferse, eine endgradige Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenkes bei Dorsalextension, eine Muskelminderung des linken Unterschenkels sowie eine komplexe posttraumatische Schmerzsituation am linken Fuss, die auf 5 Neuraltherapien nur geringfügig angesprochen habe. Ein Endzustand sei erreicht. Dem Beschwerdeführer seien leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit ganztags, überwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der Wechselbelastung je nach Beschwerdesituation zumutbar. 5.3 In der Beurteilung des Integritätsschadens vom 21. Oktober 2015 (Suva-Nr. 332) führte Dr. med. N.\_\_\_\_, Kreisarzt,

aus, der klinische Befund entspreche am ehesten einer beginnenden mässigen Arthrose im OSG, deshalb sei die Einschätzung mit 5 % hier analog angemessen. 5.4 In der ärztlichen Beurteilung vom 6. Februar 2015 (Suva-Nr. 363) hielt Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, fest, die geltend gemachten Beschwerden an der Achillessehne links könnten zumindest teilkausal als Unfallfolge gewertet werden. Die Beschwerden am linken Knie und an der linken Hüfte liessen sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27. August 2007 zurückführen. Selbst Fehlbelastungen, die durch Schmerzen bzw. ein dadurch verändertes Gangbild entstünden, würden von gesunden angrenzenden Gelenken problemlos toleriert, so auch hier vom Knie- und Hüftgelenk. Die beschriebenen Veränderungen im Kniegelenk seien nicht unfallkausal, sondern eher degenerativer Natur. Eine Schmerzausstrahlung der Beschwerden entlang des Unterschenkels sei hingegen möglich. 5.5 Im Bericht des P.\_\_\_\_ Spitals vom

## **E. 10**

April 2015 (Suva-Nr. 381) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Achillodynie und Allodynie im Narbenbereich bei St. n. mehrfachen Operationen ED (01/2014) - DD Trasaltunnelsyndrom - St. n. Malleolusfraktur OSG links 2007 im R. eines Unfalls am Arbeitsplatz - St. n. Osteosynthese OSG links 30. August 2007 mit ME am 6. Januar 2009 - St. n. Arthroskopie linkes OSG (16. Juni 2010) - St. n. Revision OSG links am 13. Dezember 2010 - Revision Sehne des M. tibialis posterior und Kalkaneus-Osteotomie links 6. Januar 2012 - St. n. Callusabtragung Ferse links am 22. August 2012 und 19. August 2013 2. Plantar fasciitis links 3. V. a. Beginnende Coxarthrose bds., linksbetont 4. Beginnende Gonarthrose links 5. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion 6. V. a. schizotype Persönlichkeitsstörung 7. St. n. akuter Lumbago bei Diskus-Protrusion im Bereich der LWS (2004) 5.6 Mit Bericht vom 21. April 2015 (Suva-Nr. 385) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_, Klinik Rheumatologie, aus, es liege eine komplexe Situation vor mit Mehrfach-Operationen im Bereich des linken Fusses. Durch die Schmerzsituation kommt es einerseits zu Fehlbelastungen im Fuss, mit keiner Möglichkeit eines regelrechten Stand- und Gang-Rhythmus, zudem bestehe eine neuropathische Schmerzkomponente, die auch ein Residuum der Mehrfach-Operationen darstelle. Die Beschwerden mit dem Fersensporn links, welche nach der Operation aufgetreten seien, seien als muskulotendinöse Beschwerden zu betrachten, welche im Rahmen der geänderten Fussstatik und Überlastung der Plantarfaszie aufgetreten seien und so als Unfall- und Kausal- respektive als Mitunfallfolge gesehen würden. Die beginnende Coxarthrose linksbetont sowie beginnende Gonarthrose linksbetont könnten nicht direkt auf das Unfallgeschehen zurückgeführt werden, da anlagebedingt eine leichte Fehlrotation im Bereich der Hüften beidseits bestehe. Die Schmerz- und Überlastungssymptomatik könne jedoch mit durch den Fehlstand des linken Fusses und der Fehlbelastung erklärt werden, welche sich mit auf die Kniesymptomatik auswirken würden. Hier liege ein kombiniertes Beschwerdebild vor. 5.7 Im Bericht des P.\_\_\_\_ Spitals, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, vom 30. Dezember 2015 (Suva-Nr. 482) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 2. Depressives Syndrom, aktuell leichte depressive Episode im Rahmen des Schmerzgeschehens und im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren (ICD-10 F32.0) 3. Schizotype Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) 4. Probleme mit Bezug auf den eigenen Familienkreis (ICD-10 Z.63) 5. St.n. Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F91) Die vom Beschwerdeführer beschriebenen körperlichen Beschwerden liessen sich nicht ausschliesslich somatischen Korrelaten zuordnen. Es sei

davon auszugehen, dass psychische Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Aufrechterhaltung oder Exazerbation der Schmerzen spielten. Das Störungsbild habe sich im Verlauf nach dem Unfallgeschehen 08 / 2007 entwickelt, ein kausaler Zusammenhang dürfte bestehen. Weiterhin sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der persistierenden körperlichen Einschränkung/Beschwerden nach dem Unfall ein depressives Syndrom entwickelt habe, welches allerdings teilursächlich auch durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitbegünstigt sein dürfte.

5.8 Mit Schreiben vom 31. Dezember 2015 (Suva-Nr. 480) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Rheumatologie, aus, die Hüftbeschwerden, teilweise auch Kniebeschwerden auf der linken Seite, seien auch im Sinne einer Schmerzausstrahlung von distal und infolge der Fehlstatik mit verursacht. Bei Zunahme der Beschwerden oder deutlich zunehmender Einschränkung der Lebensqualität und möglicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, werde wiederum eine Infiltration im Bereich der Hüfte, allenfalls der Knie, in Erwägung gezogen.

5.9 Mit Schreiben vom 3. März 2016 (Suva-Nr. 523, S. 18) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, S.\_\_\_\_, fest, die bestehende Schmerzsituation des linken Fusses sei unfallkausal zu beurteilen. Die reduzierte Belastbarkeit, die sich aus der Situation des Fusses ergebe sei somit ebenfalls dem Unfall zuzuordnen. Die neurologischen Beschwerden ebenfalls im Bereich des Fusses seien auch im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. Aus seiner Sicht wäre die Gesamtsituation des Beschwerdeführers (auch die bestehenden Zusatzdiagnosen) durch die IV beurteilen zu lassen, da die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus seiner Sicht nicht ausschliesslich aufgrund der Problematik des linken Fusses mind. 50 % eingeschränkt sei. Die Beurteilung der Suva sei aus seiner Sicht soweit korrekt, dass bei einer angepassten Arbeitsplatzsituation eine medizinisch theoretische Arbeitsfähigkeit vorhanden wäre.

5.10 In dem von der IV-Stelle veranlassten polydisziplinären Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 17. April 2017 (Suva-Nr. 604) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Verminderte Belastbarkeit und Schmerzen des linken Fusses mit/bei: - Status nach Schrauben- und Spickdrahtosteosynthese bei medialer Malleolus-Fraktur am 30. August 2007 - Status nach Osteosynthese-Materialentfernung aus dem Malleolus medialis 7. Januar 2009 - Status nach Arthroskopie und Ausräumen osteochondrotischer Läsionen im linken OSG 16. Februar 2016 - Status nach Entfernung von Gelenkskörpern dorsomediales OSG links 16. Juni 2010 - Status nach Revision der Tibialis posterior-Sehne und Calcaneus-Osteotomie links 15. Februar 2012 - Status nach Entfernung des Osteosynthese-Materials und Kallus-Abtragung Fuss links 22. August 2012 - Status nach Entfernung von Ossifikationen am Calcaneus links 19. August 2013 - Status nach Tarsaltunnel-Release, Neurotomie Calcanearast und Abtragung der Exostosen medial und lateral am Calcaneus 9. August 2016 - Aktuell: Rückfussschmerz, Varusstellung des Fusses und neuropathischer Schmerz.

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

2. Chondropathia patellae beidseits.
3. Diskret beginnende Coxarthrose links mit Impingement-Symptomatik.
4. Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00).
5. Finanzielle Schwierigkeiten (ICD-10: Z59.6).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherte aus somatischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit ausschliesslich aufgrund seiner linksseitigen Fussproblematik eingeschränkt. Die Beschwerden im linken Knie und in der linken Hüfte liessen sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis am 27. August 2007 zurückführen. Selbst Fehlbelastungen, die durch Schmerzen und ein dadurch verändertes Gangbild entstünden, würden von gesunden

angrenzenden Gelenken problemlos toleriert, so auch im Knie- und Hüftgelenk. Der linke Fuss sei durch die Fehlstatik und die diversen Operationen mit teilweise Sensibilitätsstörung und Taubheitsgefühl vor allem am Calcaneus vermindert belastbar und verursache auch Schmerzen, welche jedoch mit einer optimalen Schmerztherapie in Grenzen gehalten werden könnten. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer, wo der Versicherte den Fuss durch viel kuppeln habe belasten müssen, viel aus- und einsteigen und auch habe mithelfen müssen, den LKW zu entladen und beladen, bestehe spätestens seit seiner Erstanmeldung bei der IV vom 13. Oktober 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit, in vorwiegend sitzender und nur wenig stehender und gehender Tätigkeit, wie sie momentan vom Versicherten für 3 bis 4 Stunden täglich ausgeführt werde, sei ihm seit Oktober 2016 aus rein rheumatologischer Sicht zu 80 % (vormittags 3 ½ Stunden Arbeit sowie eine halbe Stunde Pause zur Entlastung, dann 2 Stunden Mittagsruhe und am nachmittags erneut 3 ½ Stunden Arbeit sowie eine halbe Stunde Pause zur Erholung) zumutbar. Eine zusätzliche, internistisch oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei beim Beschwerdeführer nicht ausgewiesen. Es sei aus interdisziplinärer Sicht nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit des Versicherten durch weitere medizinische Massnahmen verbessert oder gesteigert werden könne. Von weiteren orthopädisch-chirurgischen Eingriffen am linken Fuss werde dringend abgeraten. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass der Versicherte seit seiner unfallbedingten Malleolarfraktur vom 27. August 2007 in seiner Arbeitsfähigkeit als Chauffeur qualitativ eingeschränkt sei. Auch wenn er diese Tätigkeit nach 3 Monaten wieder zu 100 % habe aufnehmen können, habe er im weiteren Verlauf immer wieder über belastungsabhängige Fusschmerzen geklagt, die dazu geführt hätten, dass er seinen Beruf 2010 habe niederlegen müssen und eine IV-Anmeldung getätigt habe. Es folgten die oben erwähnten Korrekturingriffe, welche aber nie zur Beschwerdefreiheit, sondern eher noch zu stärkeren, teilweise neuropathisch bedingten Schmerzen und zu einer Instabilität geführt hätten. Ab 2010 könne also für den Beruf eines LKW-Fahrers daher von einer dauerhaften, 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit müsse davon ausgegangen werden, dass der Versicherte, ausser den hospitalisations- und rekonvaleszenzbedingten, vorübergehenden Phasen einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der orthopädischen Eingriffe, immer zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei. Der letzte operative Eingriff vom 9. August 2016 (Tarsaltunnel-Release mit Neurotomie des Calcanearastes und Abtragung einer Exostose medial und lateralseits über den Tuber calcanei links) habe die subjektive Schmerzsymptomatik des Versicherten weiter verstärkt. Es erscheine durchaus plausibel, dass der Beschwerdeführer durch diese inzwischen chronifizierte und organisch nachvollziehbare Schmerzsymptomatik in seiner Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt sei, bzw. längere Erholungspausen brauche. Aus diesem Grund sei auch seither eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit, wie die jetzt ausgeübte bei der Firma T.\_\_\_\_, nur noch zu 80 % zumutbar. Die 20%ige Einschränkung sollte dem Versicherten ermöglichen, vormittags und nachmittags eine zusätzliche halbe Stunde Pause zur Entlastung einzubauen und dazwischen 2 Stunden Mittagsruhe einzuhalten. 5.11 In seiner Stellungnahme vom 17. August 2017 (Suva-Nr. 611, S. 27) zum B.\_\_\_\_-Gutachten führte med. pract. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus, die Unfallfolgen würden nicht von einem fachspezifischen Gutachter aus dem Bereich der Unfallchirurgie / Orthopädie begutachtet, sondern von einem Rheumatologen. Eine Rheumaerkrankung sei aber nicht bekannt. Es

gehe vor allem um Unfallfolgen. Somit sei diese Einschätzung gegenstandslos. Auch die falsche Behauptung, die Unfallfolgen hätten keine Auswirkungen auf die angrenzenden Gelenke, könne nur der Fachfremdheit zugeschrieben werden, da dies sogar für Laien ersichtlich sei. Dauerhafte Fehlbelastungen führten bei allen Menschen zu Defekten an direkt und auch indirekt benachbarten oder statisch betroffenen Gewebe und Gelenken. Sowohl das benachbarte Knie sei mit chondropatia patellae durch abschabende Knorpelverluste durch Fehllhaltung und Fehlbelastung bereits geschädigt, wie auch das Hüftgelenk vom Gutachter selbst anerkannt bereits Anzeichen einer Coxarthrose und eines Impingements habe. Somit seien diese Gelenke auch nicht gesund und dies sei dann der zweite Fehlschluss des Gutachters. Sodann sei eine reaktive Depression aufgrund eines die Körperintegrität verletzenden Unfalls eine allgemein anerkannte und nicht wegzudiskutierende Tatsache. Zu behaupten, dass dies auf die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss habe, sei geradezu aberwitzig, da man unter einem anderen Diagnoseschlüssel immer mehr mit genau diesen Problemen Arbeitsunfähigkeiten ausstellen und behandeln müsse: Burnout. 5.12 Dr. med. C.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Rheumatologie und Rehabilitation, hielt in seiner Stellungnahme vom 8. September 2017 zum B.\_\_\_\_-Gutachten fest, die Beschwerdekongstellatation – psychische Belastungssituation mit depressiven Episoden bzw. die chronische Schmerzstörung bei psychischen und somatischen Faktoren – sei im aktuellen Gutachten zu wenig bezüglich der noch vorhandenen Ressourcen diskutiert worden. 5.13 Im Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik für Neurologie, vom 9. Oktober 2017 (Suva-Nr. 614) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Z.n. Malleolarfraktur linksseitig iJ 2007 mit nachfolgend 8-maligem operativen Eingriff im Fuss- und Sprunggelenksbereich, letztmalig 9. August 2016 mit u.a. Tarsaltunnel-Release - nachfolgend Symptomverschlechterung - elektrophysiologische Untersuchung vom 6. Oktober 2017: Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. Mai 2015 keine wesentliche Befundveränderung, es bestehe eine ältere nicht floride Schädigung des N. tibialis linksseitig Basierend auf dem elektrophysiologischen Untersuchungsbefund ergebe sich ein Bild einer stabilen gemischten axonalen Schädigung und Myelinscheidenschädigung des N. tibialis linksseitig i.B. des Tarsaltunnels, Hinweise für eine immer noch floride Schädigung ergäben sich nicht, im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. Mai 2015 ergäben sich somit keine wesentlichen Veränderungen. Insgesamt handle es sich leider um ein chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom, das akzentuiert durch Belastung zu nicht unerheblichen Schmerzen führe. 5.14 Im Austrittsbericht des U.\_\_\_\_, Klinik für Schmerztherapie, vom 15. Dezember 2017 (Suva-Nr. 632) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit/bei - Therapieresistenten Schmerzen Rückfuss links bei - Status nach mehrfachen Sprunggelenks- und Rückfussoperationen links - Coxarthrose links 2. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion 3. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z 73.1) DD: schizotype Störung (F21) Beim Beschwerdeführer bestehe ein überwiegend lokales neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Rückfusses nach mehrfachen Sprunggelenks- und Rückfussoperationen. Das Schmerzgeschehen habe sich weder durch medikamentöse, noch manualtherapeutische / physiotherapeutische oder infiltrative Massnahmen positiv beeinflussen lassen. 5.15 Im ärztlichen Attest vom 21. Februar 2018 (Suva-Nr. 704) führte med. pract. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus, der kausale Zusammenhang der jetzigen, wohl verbleibenden Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und psychischen Belastungsreaktionen mit Anpassungsstörung und krankheitsbedingten Depressionen mit dem durch den Unfall eingetretenen Schaden liege klar auf der Hand.

Auch die Fehlstellung und Fehlbelastung durch den unfallverursachten Schaden sei eine «consequutio sine qua non», die sich dann als kombiniertes Beschwerdebild linksseitig darstelle. 5.16 Im ergänzenden Gutachtensbericht des B.\_\_\_\_ vom 17. April 2018 (Suva-Nr. 654) wurde festgehalten, die neu zugestellten Unterlagen würden keine neuen Erkenntnisse erbringen, die geeignet wären, etwas an der bisherigen gutachterlichen Beurteilung der zumutbaren Rest-Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu ändern. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person habe sich gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 3. August 2017 nicht erheblich verändert. Die Gutachter hielten an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der früheren und in einer leidensangepassten Tätigkeit fest: Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur sei seit 2010 nicht mehr zumutbar. Angestammt bestehe somit nach wie vor eine dauerhafte, 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit wie die jetzt ausgeübte bei der Firma T.\_\_\_\_ sei der Versicherte zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Es könne dem Versicherten lediglich für die Zeitdauer seiner Hospitalisation in der Klinik für Schmerztherapie des V.\_\_\_\_ vom 4. bis zum 22. Dezember 2017 eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden. Danach sei der Versicherte für angepasste Tätigkeiten wieder zu 80 % arbeitsfähig gewesen. 5.17 Dr. C.\_\_\_\_, W.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 19. Dezember 2018 (Suva-Nr. 686) folgende Diagnosen: - Achillodynie und Allodynie im Narbenbereich bei St.n. mehrfachen Operationen (ED 01/2014), Calcaneodynie plantar bei Fersensporn · DD Tarsaltunnelsyndrom - Plantarfasiitis links - V.a. beginnende Coxarthrose bds. - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion - V.a. schizotype Persönlichkeitsstörung - St.n. akuter Lumbago bei Diskusprotrusion im Bereich der LWS (2004) Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien persistierend und könnten als neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des Fusses rechts gesehen werden. Dies sei von Seiten der Schmerzmedizin am P.\_\_\_\_ Spital gleich so gesehen worden und es im April 2018 eine Kryotherapie durchgeführt worden, welche primär zu einer massiven Verstärkung der Schmerzen und Dysästhesien geführt habe. Im weiteren Verlauf habe sich im medialen Ast Bereich Tarsaltunnel eine Abnahme der Beschwerden gezeigt, diese würden jetzt wiederum intensiver. Neu aufgetreten sei jedoch ein impulsiv auftretender Neuschmerz im Grosszehen links sowie ein vermehrt brennendes Gefühl am lateralen Fussrand und der Fusssohle. Das Barfuss gehen sei weiterhin schmerzfrei nicht möglich. Durch die konsekutive Fehlbelastung im Bereich der unteren Extremität rechts komme es zu intermittierenden Beschwerden im Bereich der Hüfte und des Knies auf der linken Seite, selten auf der rechten Seite. Aktuell sei insbesondere im Bereich der Spina iliaca anterior superior und am Ansatz des M.rectus femoris eine Dolenz objektivierbar. Aktuell bestehe eine sich gegenseitig negativ beeinflussende Konstellation aus chronischem Schmerz, Fehlbelastungssymptomen der unteren Extremitäten und psychosozialer Belastungssituation bei Ehescheidung, fehlender regelmässiger Arbeitstätigkeit und Arbeitsfähigkeit sowie Verschuldung. 5.18 In seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2019 (Suva-Nr. 718) hielt Dr. med. N.\_\_\_\_, Kreisarzt, fest, gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten sei von folgendem Zumutbarkeitsprofil auszugehen: Leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit, überwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der Wechselbelastung ganztags. Vermehrter Pausenbedarf mit der Möglichkeit, vormittags und nachmittags eine zusätzliche halbe Stunde Pause zur Entlastung zu haben und dazwischen zwei Stunden Mittagsruhe einzuhalten. Weitere Einschränkungen: Keine Leitern, keine Gerüste, keine Arbeiten auf schrägem oder unebenem Gelände. Keine Vibrationsbelastungen. Bezüglich der Integritätsentschädigung, die vorgängig mit 5 % eingeschätzt worden sei, habe sich auch

aufgrund der neuen Situation nach der letzten Operation keine Veränderung ergeben. 5.19 Mit Arztzeugnis vom 5. Juni 2019 (Suva-Nr. 735) führte med. pract. D.\_\_\_\_ aus, der Endzustand sei noch nicht erreicht, da es zu einer Operation einer regionalen Überbeinbildung gekommen sei, die die Beschwerden massiv verstärkt habe, so dass sich die Gehstrecke auf circa 1 km deutlich reduziert habe. 5.20 Im Verlaufsbericht des P.\_\_\_\_ Spitals, Klinik Schmerzmedizin, vom 14. Juni 2019 (Suva-Nr. 740) wurde festgehalten, trotz intensiver medikamentöser Therapie (Opiate: schlecht verträglich oder nicht wirksam) mit aktuell Cannabis und Dafalgan leide der Beschwerdeführer noch immer unter starken Schmerzen im Bereich des linken Fusses bei Schädigung des Nervus tibialis linksseitig. Trotz interventionellen Massnahmen mit Kryotherapie des Nervus tibialis habe sich die Situation nicht gebessert, initial sei sogar eine Verschlechterung der Beschwerden aufgetreten, sodass sich die Situation für den Beschwerdeführer sehr unbefriedigend darstelle. Die Schädigung des Nervus tibialis sehe man als Folge des bekannten Unfalls mit nachfolgend 8-maligen operativen Eingriffen. Dies zeige sich auch im Rahmen des neurologischen Gutachtens mit einer chronischen Schädigung des Nervus tibialis links. 5.21 Im Verlaufsbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Schmerzmedizin, vom 25. Juni 2019 (Suva-Nr. 741) wurde ausgeführt, es bestünden unfallabhängige Beschwerden im Sinne eines chronisch neuropathischen Schmerzsyndroms links bei Unfall von 2007 mit nachfolgenden diversen Operationen, konventionellen und interventionellen Therapien sowie psychologischer Beeinträchtigung. Diese seien nach Durchsicht der Befunde als unfallkausal zu bewerten. Aktuell könne nicht von einem medizinischen Endzustand gesprochen werden, da weitere Therapien möglich schienen und mit dem Beschwerdeführer diskutiert würden. Auch interdisziplinär und interprofessionell bestehe die Möglichkeit, dass weitere Therapien dem Beschwerdeführer empfohlen würden bis hin zu erneuten konventionellen orthopädisch-chirurgischen Eingriffen. 5.22 Dr. med. Q.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Neurologie, führte in seinem Bericht vom 12. Juli 2019 (Suva-Nr. 752) aus, der elektromyographische Untersuchungsbefund vom 12. Juli 2019 spreche für eine Inaktivitätsatrophie mit bindegewebigem Umbau in der N. tibialis-versorgten Fussmuskulatur auf der linken Seite. Zwingende Hinweise für eine hinzugetretene axonale Schädigung des N. tibialis (motorischer Anteil) bestünden nicht. Es sei jedoch von einer im April 2018 neu hinzugetretenen Sensibilitätsstörung und sensiblen Reizsymptomen mit z.T. neuropathischem Schmerzsyndrom im N. tibialis-Versorgungsgebiet Bereich auszugehen. Es sei durchaus möglich, dass sich die Missempfindungen graduell zurückbildeten (im N. tibialis-Versorgungsgebiet). Möglicherweise könnten auch noch durch die Einnahme von Neurontin am Abend die nächtlich betonten Missempfindungen im Tibialis-Versorgungsgebiet etwas reduziert werden. Die belastungsabhängigen elektrisierenden Schmerzen / neuropathischen Schmerzen im Tibialis-Versorgungsgebiet würden jedoch wahrscheinlich weiterhin bestehen bleiben. Die Prognose bezüglich einer deutlichen Reduktion der Missempfindungen/Schmerzen erscheine eher schlecht. 5.23 Mit Kostengutsprache gesuch der Klinik P.\_\_\_\_, Klinik Schmerzmedizin, vom 9. Oktober 2019 (Suva-Nr. 760) wurde ausgeführt, es werde um Reaktivierung des bekannten Schadensfalles und um Kostengutsprache für schmerztherapeutische interventionelle Therapien, Medikamenten-Verordnungen und Behandlung des unverändert bestehend neuropathischen Schmerzsyndroms des Nervus tibialis links und des Nervus suralis links bei Status nach diversen Operationen nach Malleolarfraktur links 2007 erbeten. 5.24 Mit Stellungnahmen vom 18. Oktober 2019 (Suva-Nr. 761) und 8. November 2019 (Suva-Nr. 771) führte Dr. med. N.\_\_\_\_, Kreisarzt aus, die beantragte schmerztherapeutische Intervention sei begründet

und nachvollziehbar. Er empfehle Kostengutsprache für vorerst 6 Monate, um zu evaluieren, ob und in welcher Art eine Verbesserung zu erreichen sei. Die Verbesserung beziehe sich aber ausschliesslich auf das subjektive Schmerzempfinden des Versicherten. Eine Einflussnahme auf das formulierte Belastbarkeitsprofil sei nicht zu erwarten. 5.25 Mit ärztlichem Zeugnis vom 10. Januar 2020 (B [Beilage des Beschwerdeführers] 19) hielt med. pract. D. \_\_\_ fest, beim Beschwerdeführer bestehe jetzt schon seit Juli 2019 eine Rückfallsituation mit Zunahme der Beschwerden am Sprunggelenk, auch mit einer Indikation der Abklärung und operativen Intervention. Eine 17%ige Suva-Rente entspreche weder der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die mittlerweile 100 % sei, noch sei die Kostengutsprache für cannabissativa eine adäquate Leistung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. 5.26 Im Verlaufsbericht vom 2. April 2020 (B 25) führte med. pract. M. \_\_\_, P. \_\_\_ Spital, Ambulatorium für Rheumatologie und Schmerzmedizin, aus, im Rahmen der Konsultation vom 1. April 2020 berichte der Beschwerdeführer von einer deutlichen Symptomverschlechterung der Beschwerden im linken Fuss, dies im Zusammenhang mit dem Sistieren der Kostenträgerpflicht durch die Suva Basel. Er könne dadurch die neuroleptische Therapie nicht weiterführen, auch physiotherapeutische Massnahmen hätten seit dem Herbst 2019 keine mehr durchgeführt werden können, was insgesamt zu einer Verschlechterung der chronischen neuropathischen Schmerzen im Fussbereich links geführt habe. Die aktuell im Vordergrund stehenden neuropathischen Beschwerden des N. tibialis und suralis links seien nach der 4. oder 5. Revisionsoperation im Sprunggelenkbereich aufgetreten, dies sei um das Jahr 2010 gewesen. Vorgängig habe der Beschwerdeführer auch keine Knie- oder Hüftbeschwerden gehabt. Die aktuell vorliegenden Beschwerden im linken Fuss seien insofern als Unfallfolge zu beurteilen, da der Beschwerdeführer vorgängig keine Beschwerden gehabt habe und diese im Rahmen der Revisionsoperationen nach der Malleolarfraktur ab 2010 zunehmend stärker geworden seien. Es sei davon auszugehen, dass die aktuell zusätzlich aufgetretenen Beschwerden im Knie- und Hüftbereich links durch eine Fehlbelastung bei chronischen Schmerzen im linken Fuss verursacht seien. Eine klare Kausalistik sei seines Erachtens jedoch schwer nachzuweisen. Die im Jahr 2020 radiologisch festgestellte leichte Arthrose im Sprunggelenk könnte Folge des Unfalls sein, diese sei aber nur mässig ausgeprägt, daher sei auch hier ein kausaler Zusammenhang schwierig nachzuweisen. Auffällig sei vor allem die heterotope Ossifikation im Verlauf der Plantaraponeurose, diese Veränderungen seien jedoch bereits vorbestehend. Die aktuellen neuropathischen Beschwerden seien als indirekte Folge des Unfalls von 2008, bei St. n. mehrmaligen Fussoperationen mit Schädigung der entsprechenden Nerven zurückzuführen. Der Beschwerdeführer habe von den bisher durchgeführten Therapien profitiert, die Arbeitsfähigkeit von 30 % habe dadurch erhalten werden können. 6. Vorweg ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin vorliegend zu Recht davon ausgegangen ist, beim Beschwerdeführer sei aus gesundheitlicher Sicht der Endzustand erreicht und gestützt darauf zu Recht den Fallabschluss vorgenommen hat. 6.1 Laut Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Rechtsprechungsgemäss folgt aus dieser Bestimmung, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist, der sogenannte «Fallabschluss» vorzunehmen ist:

Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 143, mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, ist eine weitere erhebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich. Deshalb ist der Fall in dieser Konstellation abzuschliessen, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 143, mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1).

6.2 Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang im Wesentlichen geltend, der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht, da sich gemäss den Berichten der behandelnden Ärzten die Beschwerden eher noch verschlechtert hätten und weitere Heilbehandlungen und Therapien indiziert seien sowie gegebenenfalls gar weiterer Operationsbedarf bestehe. Er verweist diesbezüglich auf Berichte der behandelnden Ärzte welche er auf S. 22 ff. seiner Beschwerde aufführt. Diese Berichte stützen sich aber zur Begründung der Notwendigkeit weiterer Behandlungen fast ausschliesslich auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers. Der Kreisarzt, Dr. med. N.\_\_\_\_, hielt in seiner Stellungnahme vom 8. November 2019 (Suva-Nr. 771) zudem zu Recht fest, eine mögliche Verbesserung beziehe sich nur auf das subjektive Schmerzempfinden des Beschwerdeführers, nicht jedoch auf das Belastbarkeitsprofil. So vermag denn auch kein behandelnder Arzt des Beschwerdeführers zu begründen, dass weitere Behandlungen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. Dr. med. L.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Schmerzmedizin, hielt in seinem Bericht vom 25. Juni 2019 (Suva-Nr. 741) lediglich allgemein fest, aktuell könne nicht von einem medizinischen Endzustand gesprochen werden, da weitere Therapien möglich schienen und mit dem Beschwerdeführer diskutiert würden. Auch interdisziplinär und interprofessionell bestehe die Möglichkeit, dass weitere Therapien dem Beschwerdeführer empfohlen würden bis hin zu erneuten konventionellen orthopädisch-chirurgischen Eingriffen. Damit ist aber eine mögliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch weitere medizinische Massnahmen nicht dargetan. Dr. med. Q.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 12. Juli 2019 (Suva-Nr. 752) denn auch fest, möglicherweise könnten auch noch durch die Einnahme von Neurontin am Abend die nächtlich betonten Missempfindungen im Tibialis-Versorgungsgebiet etwas reduziert werden. Die belastungsabhängigen elektrisierenden Schmerzen/ neuropathischen Schmerzen im Tibialis-Versorgungsgebiet würden jedoch wahrscheinlich weiterhin bestehen bleiben. Eine relevante Verbesserung erscheint demnach nicht überwiegend wahrscheinlich, weshalb es im Resultat nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss vorgenommen hat. Daran vermögen im Übrigen auch die im vorliegenden Verfahren geltend gemachten zukünftig beabsichtigten weiteren Behandlungen nichts zu ändern. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt ihre im

angefochtenen Einspracheentscheid vorgenommene Invaliditätsbeurteilung im Wesentlichen auf das im IV-Verfahren eingeholte B.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. August 2017 sowie auf die die von ihr veranlassten versicherungsinternen Abklärungsberichte. Somit ist nachfolgend der Beweiswert dieser medizinischen Unterlagen zu prüfen.

7.1 7.1.1 Im allgemein-internistischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ wurde festgehalten, der internistische Status sei an sich unauffällig. Der Versicherte sei normoton, normokard und kardiopulmonal kompensiert. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Auch der abdominelle und Neurostatus seien unauffällig. In den Laboruntersuchungen fänden sich durchwegs Normalwerte. Aus rein internistischer Sicht könne beim Beschwerdeführer keine Diagnose gestellt werden, welche irgendeinen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit hätte. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer aus allgemein-medizinischer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche als zu 100 % arbeitsfähig einzustufen sei.

7.1.2 Im psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ erfolgte eine eingehende Anamnese- und Befunderhebung. Gestützt darauf vermögen die gutachterlichen Ausführungen zu den gestellten Diagnosen grundsätzlich zu überzeugen: Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Exploration könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Zum einen sei es während der Jahre zu keiner Schmerzausweitung gekommen, die Schmerzen im linken Knie und in der linken Hüfte seien durchaus im Rahmen einer Fehlbelastung zu werten, die Schmerzen im linken Fuss seien aufgrund der häufigen Operationen erklärbar. Die Schmerzen stünden auch nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Versicherten während des Untersuchungsgesprächs, das inhaltliche Denken sei nicht eingeengt auf die Schmerzsymptomatik, der Versicherte könne problemlos Themenwechsel mitgehen. Ferner komme es auch zu keinen spontanen Schmerzáusserungen oder schmerzbedingten Positionsveränderungen. Aus psychiatrischer Sicht liege aber eine depressive Symptomatik vor, der Versicherte berichte von einer verminderten Freudefähigkeit, so dass er sich nur noch über das Motorradfahren freuen könne, er berichte von einer vermehrten Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, er komme schwer in die Gänge, der Appetit sei vermindert, hin und wieder habe er auch Suizidgedanken, diese seien allerdings nicht konkret, aktuell habe er solche Gedanken nicht. Er berichte von einer vermehrten Vergesslichkeit, er vergesse Namen, müsse sich alles aufschreiben, auch lasse die Konzentration nach 3 bis 4 Stunden deutlich nach, wobei der Versicherte angebe, die Konzentration sei auch abhängig von der Schmerzintensität. Ein sozialer Rückzug liege nicht vor, der Versicherte treffe sich hin und wieder auch mit Bikerkollegen zu gemeinsamen Ausfahrten. Es liege kein Interessensverlust vor, der Versicherte berichte, er interessiere sich neben dem Motorradfahren noch für Fotografie und Filmen, er bearbeite auch Bilder am Computer. An objektivierbaren depressiven Symptomen zeige sich, dass der Versicherte im Affekt leicht deprimiert wirke, er sei sehr kontrolliert, innerlich angespannt, Insuffizienzgefühle liessen sich allerdings nicht erkennen, die Vitalgefühle seien nicht herabgesetzt. Die Konzentrationsschwierigkeiten und die Vergesslichkeit könne im Gespräch grob orientierend nicht erfasst werden, wobei angemerkt werden müsse, dass das Gespräch lediglich 60 Minuten gedauert habe und der Versicherte angebe, die Konzentration lasse nach 3 bis 4 Stunden nach. Gestik und Mimik seien nicht eingeschränkt, der Versicherte reagiere auf Ansprache spontan, die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, insbesondere nicht ins Depressive

verschoben. Der Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik sei als leichtgradig einzustufen. Hinweise für eine pathologische Persönlichkeitsstruktur fänden sich anhand des Gespräches nicht. Es lägen psychosoziale Belastungsfaktoren vor, die Erkrankung der Mutter, Probleme mit der Partnerin, aber vor allem auch die finanzielle Situation. Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien sicherlich auch mit Grund für die depressive Symptomatik. Es liege somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Sodann setzt sich der psychiatrische Teilgutachter eingehend und nachvollziehbar mit anderen, seiner Beurteilung entgegenstehenden psychiatrischen Berichten auseinander: In einem Bericht des P.\_\_\_\_ Spitals vom 23. März 2015 (Dr. med. X.\_\_\_\_, Leitende Ärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie) würden folgende Diagnosen gestellt: Anpassungsstörung mit leicht depressivem Zustandsbild im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation (ICD-10: F43.20). Verdacht auf schizotype Persönlichkeitszüge (ICD-10: F21.0). Die Diagnose Anpassungsstörung sei nachvollziehbar, aufgrund des Berichtes, die Diagnose Verdacht auf schizotype Persönlichkeitszüge nicht. In einem Bericht vom 21. Juni 2016 von Herrn Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt FA Psychiatrie und Psychotherapie würden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bestehend seit August 2007, depressives Syndrom, aktuell leichte depressive Episode im Rahmen des Schmerzgeschehens und im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren (ICD-10: F32.0), bestehend seit ca. 2010, schizotype Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1) sowie Probleme mit Bezug auf den eigenen Familienkreis (ICD-10: Z63). Zu den Diagnosen sei Folgendes zu sagen: Die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei aufgrund des Berichtes in keinster Weise nachvollziehbar. Die Diagnose schizotype Persönlichkeitsakzentuierung werde als Z-Diagnose angegeben, das heisse, die schizotype Persönlichkeitsakzentuierung habe keinen Krankheitswert. Auch die Probleme mit Bezug auf den eigenen Familienkreis seien als psychosozialer Belastungsfaktor zu sehen, hätten damit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es bleibe einzig die Diagnose «depressives Syndrom, aktuell leichte depressive Episode», diese Diagnose sei nachvollziehbar. Aufgrund der zum Teil nicht nachvollziehbaren Diagnosen sei auch die festgestellte Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur 50 % von August 2007 bis dato nicht nachvollziehbar. In einem Bericht des P.\_\_\_\_ Spitals vom 30. Dezember 2015 (Dr. med. F.\_\_\_\_) würden folgende Diagnosen gestellt: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, depressives Syndrom, aktuell leichte depressive Episode im Rahmen des Schmerzgeschehens und im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren, schizotype Persönlichkeitsakzentuierung, Probleme mit Bezug auf den eigenen Familienkreis, Status nach Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend. Für diese Diagnosen gelte das Gleiche wie für den Bericht vom 23. Juni 2016. Anhand des Berichtes werde nicht erkennbar, aufgrund welcher Tatsachen Dr. med. F.\_\_\_\_ zur Diagnose «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» komme. An der beweismässigen psychiatrischen Beurteilung im B.\_\_\_\_-Gutachten vermag schliesslich auch der von med. pract. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. August 2017 eingebrachte Einwand nichts zu ändern, wonach eine reaktive Depression aufgrund eines die Körperintegrität verletzenden Unfalls eine allgemein anerkannte und nicht wegzudiskutierende Tatsache sei und zu behaupten, dass dies auf die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss habe, geradezu aberwitzig sei, da man unter einem anderen Diagnoseschlüssel immer mehr mit genau diesen Problemen Arbeitsunfähigkeiten aufgrund eines sogenannten Burnouts ausstellen und behandeln

müsse. So handelt es sich bei den Ausführungen von med. pract. D.\_\_\_\_ lediglich um allgemeine Bemerkungen, welche sich nicht konkret mit den Befunden des Beschwerdeführers auseinandersetzen. Sodann hat med. pract. D.\_\_\_\_ den Facharztstitel für Allgemeinmedizin und nicht der Psychiatrie, weshalb seinen Ausführungen auch im Lichte dessen nur wenig Beweiswert zuzumessen ist. Zudem ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb der Stellungnahme von med. pract. D.\_\_\_\_ auch aus diesem Grund kaum Beweiswert zuzumessen ist. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann im Übrigen und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.1.3 Im Zusammenhang mit dem rheumatologischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ ist vorab auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach nicht ein Rheumatologe, sondern ein Unfall-Chirurg, -Orthopäde, -Traumatologe zur Begutachtung hätte beigezogen werden müssen. Dem ist mit Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung entgegenzuhalten, dass Gegenstand der Rheumatologie – als Teildisziplin der Inneren Medizin – (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates sind, was u.a. auch auf die Orthopädie zutrifft (Urteile des Bundesgerichts 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5 und 8C\_835/2014 vom 16. Januar 2015 E. 3.3). Es ist somit nicht ersichtlich, inwiefern der rheumatologische B.\_\_\_\_-Experte fachlich nicht resp. ungenügend qualifiziert sein soll, dem Leiden des Versicherten in somatischer Hinsicht Rechnung zu tragen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.3, 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.4, 9C\_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3). Sodann ist der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens des B.\_\_\_\_ zu prüfen. Darin wurde ausgeführt, rheumatologisch-pathologische Befunde hätten einerseits hauptsächlich im Bereiche des linken Fusses, dann in beiden Kniegelenken und im linken Hüftgelenk erhoben werden können. Die persistierenden und auch belastungsabhängigen Fusschmerzen bei Status nach acht Fussoperationen, wie im Diagnosekatalog aufgeführt, seien nachvollziehbar. Trotzdem sei die Funktion des linken Fusses ausser einer leicht und schmerzhaft eingeschränkten Extension und Flexion im oberen Sprunggelenk noch recht gut. Die geschwollene Achillessehne werde als Überlastung gedeutet, dies vor allem wegen der Varus-Deformität. Zweifelsohne sei durch die Fehlstatik und die diversen Operationen mit teilweise Sensibilitätsstörung und Taubheitsgefühl vor allem am Calcaneus dieser Fuss vermindert belastbar und verursache auch Schmerzen, welche jedoch mit einer optimalen Schmerztherapie in Grenzen gehalten werden könnten. Die Beschwerden in beiden Kniegelenken seien einer Chondropathia patellae beidseits zuzuordnen. Eine beginnende Gonarthrose könne nicht diagnostiziert werden. Die Gehstrecke sei trotz dieser Chondropathie noch mehr als eine Stunde und somit in keiner Art und Weise einschränkend. Die Präarthrose im Bereiche der linken Hüfte mit einer Hüft-Impingement-Symptomatik, welche auf Infiltrationen immer wieder gut anspreche, sei ebenfalls nicht limitierend. Limitierend bezüglich die Arbeitsfähigkeit sei somit alleine die Fussproblematik, wie oben geschildert. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann grundsätzlich auch die gutachterliche Beurteilung der aus rheumatologischer Sicht bestehenden Arbeitsfähigkeit sowie des Zumutbarkeitsprofils zu überzeugen: In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer, wo der Versicherte den Fuss durch viel kuppeln habe belasten müsse, viel habe aus- und einsteigen müssen und auch habe mithelfen müssen

den LKW zu entladen und beladen, sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Eine dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit, in vorwiegend sitzender und nur wenig stehender und gehender Tätigkeit, wie sie momentan vom Versicherten für 3 bis 4 Stunden täglich ausgeführt werde, sei ihm aus rein rheumatologischer Sicht zu 80 % zumutbar. Am Vormittag 3 ½ Stunden Arbeit sowie eine halbe Stunde Pause zur Entlastung, dann 2 Stunden Mittagsruhe und am Nachmittag erneut 3 ½ Stunden Arbeit sowie eine halbe Stunde Pause zur Erholung. Zudem scheine gepolstertes Schuhwerk hilfreich. Damit erscheint das rheumatologische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Im Gutachten fehlt es jedoch an einer beweismässigen Beurteilung der Frage, ob die am linken Knie und an der linken Hüfte bestehenden Beschwerden – wie von den behandelnden Ärzten und dem Beschwerdeführer geltend gemacht – durch Fehlbelastung verursachte mittelbare Unfallfolgen darstellen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die B.\_\_\_\_-Gutachter zwar aus, die Beschwerden im linken Knie und in der linken Hüfte liessen sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis am 25. August 2007 zurückführen. Selbst Fehlbelastungen, die durch Schmerzen und ein dadurch verändertes Gangbild entstünden, würden von gesunden angrenzenden Gelenken problemlos toleriert, so auch im Knie- und Hüftgelenk (vgl. E. II. 5.9 hiervor). Diese Ansicht begründeten die Gutachter aber nicht weiter. Dem Wortlaut nach wurde die diesbezügliche Beurteilung dem Bericht vom 6. Februar 2015 (Suva-Nr. 363) von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, übernommen. Aber auch in diesem kreisärztlichen Bericht wird keine nähere Begründung zu dieser Beurteilung angeführt. Aber auch die behandelnden Ärzte begründen ihre Ansicht einer unfallkausalen Beschwerdesymptomatik im Knie und in der Hüfte links nicht derart überzeugend, als dass alleine darauf abgestellt werden könnte: Mit Bericht vom 21. April 2015 (Suva-Nr. 385) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Klinik Rheumatologie, aus, die beginnende Coxarthrose linksbetont sowie beginnende Gonarthrose linksbetont könnten nicht direkt auf das Unfallgeschehen zurückgeführt werden, da anlagebedingt eine leichte Fehlrotation im Bereich der Hüften beidseits bestehe. Die Schmerz- und Überlastungssymptomatik könne jedoch mit durch den Fehlstand des linken Fusses und die Fehlbelastung erklärt werden, welche sich mit auf die Kniesymptomatik auswirken würden. Hier liege ein kombiniertes Beschwerdebild vor. In seiner Stellungnahme vom 17. August 2017 (Suva-Nr. 611, S. 27) zum B.\_\_\_\_-Gutachten führte med. pract. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus, sowohl das benachbarte Knie sei mit chondropatia patellae durch abschabende Knorpelverluste durch Fehlhaltung und Fehlbelastung bereits geschädigt, wie auch das Hüftgelenk vom Gutachter selbst anerkannt bereits Anzeichen einer Coxarthrose und eines Impingements habe. Im Verlaufsbericht vom 2. April 2020 (B 25) führte med. pract. M.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ Spital, Ambulatorium für Rheumatologie und Schmerzmedizin, aus, es sei davon auszugehen, dass die aktuell zusätzlich aufgetretenen Beschwerden im Knie- und Hüftbereich links durch eine Fehlbelastung bei chronischen Schmerzen im linken Fuss verursacht seien. Eine klare Kausalistik sei seines Erachtens jedoch schwer nachzuweisen. Zusammenfassend lässt sich somit die Frage nach einer allfälligen Unfallkausalität der geklagten Knie- und Hüftbeschwerden aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantworten. Zwar wurde im rheumatologischen Teilgutachten des ZIMB festgehalten, dass sich weder die Knie- noch die Hüftbeschwerden limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Doch selbst wenn man in diesem Punkt auf diese Beurteilung abstellen würde, könnte die Frage der diesbezüglichen Unfallkausalität nicht einfach offengelassen werden, da aufgrund

Beschwerden eine Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils und damit ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen zumindest nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden könnte. Demnach ist die Frage bezüglich einer allenfalls mittelbar unfallkausalen und durch Fehlbelastung verursachten Beschwerdesymptomatik am Knie und an der Hüfte links nicht rechtsgenügend abgeklärt, weshalb es diesbezüglich weiterer Abklärungen bedarf. 7.1.4 Sodann bedarf es ebenfalls Abklärungen im neurologischen Fachgebiet. So ergeben sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte nicht unerhebliche Hinweise auf eine mögliche unfallkausale Verletzung des Nervus tibialis im Bereich des Tarsaltunnels: Im Bericht von Dr. med. Q. \_\_\_\_, P. \_\_\_\_, Spital, Klinik für Neurologie, vom 9. Oktober 2017 (Suva-Nr. 614) wurde in diesem Zusammenhang festgehalten, basierend auf dem elektrophysiologischen Untersuchungsbefund ergebe sich ein Bild einer stabilen gemischten axonalen Schädigung und Myelinscheidenschädigung des N. tibialis linksseitig i.B. des Tarsaltunnels. Insgesamt handle es sich leider um ein chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom, das akzentuiert durch Belastung zu nicht unerheblichen Schmerzen führe. Zudem wurde im Verlaufsbericht des P. \_\_\_\_, Spital, Klinik Schmerzmedizin, vom 14. Juni 2019 (Suva-Nr. 740) festgehalten, trotz intensiver medikamentöser Therapie (Opiate: schlecht verträglich oder nicht wirksam) mit aktuell Cannabis und Dafalgan leide der Beschwerdeführer noch immer unter starken Schmerzen im Bereich des linken Fusses bei Schädigung des Nervus tibialis linksseitig. Die Schädigung des Nervus tibialis sehe man als Folge des bekannten Unfalls mit nachfolgend 8-maligen operativen Eingriffen. Des Weiteren führte Dr. med. Q. \_\_\_\_, P. \_\_\_\_, Spital, Klinik Neurologie, in seinem Bericht vom 12. Juli 2019 (Suva-Nr. 752) aus, der elektromyographische Untersuchungsbefund vom 12. Juli 2019 spreche für eine Inaktivitätsatrophie mit bindegewebigem Umbau in der N. tibialis-versorgten Fussmuskulatur auf der linken Seite, zwingende Hinweise für eine hinzugetretene axonale Schädigung des N. tibialis (motorischer Anteil) bestünden nicht. Es sei jedoch von einer im April 2018 neu hinzugetretenen Sensibilitätsstörung und sensiblen Reizsymptomen mit z.T. neuropathischem Schmerzsyndrom im N. tibialis-Versorgungsgebiet Bereich auszugehen. Es sei durchaus möglich, dass sich die Missempfindungen graduell zurückbildeten (im N. tibialis-Versorgungsgebiet). Möglicherweise könnten auch noch durch die Einnahme von Neurontin am Abend die nächtlich betonten Missempfindungen im Tibialis-Versorgungsgebiet etwas reduziert werden. Die belastungsabhängigen elektrisierenden Schmerzen / neuropathischen Schmerzen im Tibialis-Versorgungsgebiet würden jedoch wahrscheinlich weiterhin bestehen bleiben. Gestützt auf die vorgehend aufgeführten Berichte kann eine unfallkausale Schädigung des Nervus tibialis nicht ausgeschlossen werden. Zwar vermögen die diesbezüglich durchgeführten neurologischen Untersuchungen – motorische und sensible Neurographie sowie Nadelmyographie (vgl. Suva-Nr. 697, S. 113) – eine strukturelle Schädigung alleine nicht nachzuweisen. So ist eine Elektromyographie gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung schon von ihrer inhaltlichen Zielsetzung und Aussagekraft her nicht geeignet, den Nachweis einer strukturellen Veränderung zu erbringen, sondern bloss funktioneller Defizite. Aus solchen funktionellen Beeinträchtigungen, wie Bewegungseinschränkungen oder Auffälligkeiten im Muskelverhalten, kann noch nicht geschlossen werden, es liege eine hierfür ursächliche strukturelle Schädigung aus Unfall vor (Urteil des Bundesgerichts 8C\_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Das gleiche muss auch für die Neurographie gelten, einer Methode zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) peripherer Nerven durch elektrische Stimulation und anschliessende Ableitung und Registrierung des Nervenaktions-

bzw. Muskelantwortpotenzials (vgl. [www.pschyrembel.de](http://www.pschyrembel.de)). Jedoch liegt die vorliegend diagnostizierte Verletzung des Nervus tibialis im Bereich des Tarsaltunnels des linken Fusses und damit in eben jenem Bereich, in dem die Maellolarfraktur strukturell nachgewiesen ist und diverse operative Eingriffe vorgenommen wurden. Demnach erscheint auch eine Unfallkausalität der Verletzung des Nervus tibialis und der damit zusammenhängenden neuropathischen Beschwerden durchaus möglich zu sein. Eine allfällige diesbezügliche Unfallkausalität und allenfalls daraus zusätzlich resultierende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bzw. des Zumutbarkeitsprofils wurde von der Beschwerdegegnerin bislang jedoch nicht abgeklärt. So liegt in den Akten von Seiten der Beschwerdegegnerin keine neurologische Beurteilung vor und auch im B. \_\_\_-Gutachten war kein neurologischer Gutachter involviert. Somit bedarf es ebenfalls Abklärungen im neurologischen Fachgebiet.

7.2 Die Beschwerdeinstanz holt in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie im Rahmen der Beweismwürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264). Wie vorgehend festgehalten, hat die Beschwerdegegnerin keinerlei neurologische Abklärungen veranlasst und auch im B. \_\_\_-Gutachten wurden keine solche vorgenommen. Somit handelt es sich dabei um eine bislang vollständig ungeklärte Frage, weshalb die Sache zur Vornahme diesbezüglicher Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Bei dieser Gelegenheit wird sie, wie unter Ziffer 7.1.3 festgehalten, zusätzlich eine rheumatologische oder orthopädische Abklärung zu veranlassen haben und hiernach neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers befinden zu haben. Insofern der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers rügt, das B. \_\_\_-Gutachten vom 3. August 2017 sei im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 19. September 2019 bereits mehr als zwei Jahre alt gewesen, ist festzuhalten, dass das Alter eines Gutachtens für sich alleine noch nichts über dessen Verwertbarkeit aussagt. Vielmehr ist relevant, ob sich der Gesundheitszustand seit Gutachtenserstellung erheblich verändert hat. Dies kann zumindest hinsichtlich der beweismwertigen internistischen psychiatrischen Teilgutachten verneint werden, so dass es diesbezüglich keiner neuen Begutachtung bedarf.

7.3 Da es weiterer medizinischer Abklärungen bedarf, kann vorliegend über die ebenfalls strittige Höhe des Integritätsschadens auch noch nicht entschieden werden, so dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. September 2019 sowohl hinsichtlich der Rentenfrage als auch der Integritätsentschädigung und damit gesamthaft aufzuheben ist. Demnach ist die Beschwerde im Sinne der vorstehenden Erwägungen gutzuheissen. Dagegen ist auf den Antrag des Beschwerdeführers, der RAD sei zu verpflichten, ein falladäquates Verlaufsgutachten zu erstellen, unter Berücksichtigung der oberwähnten Eingaben, Arztzeugnisse und der Beschwerde, nicht einzutreten, da es sich vorliegend um ein unfallversicherungsrechtliches Verfahren handelt, der RAD aber der versicherungsinterne ärztliche Dienst der Invalidenversicherungsstellen ist. Demnach können diesbezüglich im vorliegenden Verfahren keine Anweisungen erteilt werden.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu (formelles Obsiegen), welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im

materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57; ZAK 1987 S. 268 E. 5a). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses. Die Parteientschädigung ist von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Da von deren Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege. In ihrer Kostennote vom 16. April 2020 machen die beiden Rechtsvertreter einen Honoraranspruch von total CHF 12'609.30 geltend, welcher sich wie folgt zusammensetzt: 39.75 Stunden à CHF 200.00 (Rechtsanwalt Dieter Schlumpf), 31.4 Stunden à CHF 100.00 (Rechtsanwalt Christian Schlumpf), zuzüglich Auslagen von CHF 617.80 und 7.7. % MwSt. Der geltend gemachte Zeitaufwand erscheint aber in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses bzw. des Aufwandes in vergleichbaren Fällen als überhöht. Zwar handelt es sich vorliegend um eine aussergewöhnlich grosse Aktenmenge und der Fall erstreckt sich über eine Zeitdauer von mehr als 13 Jahren. Dennoch rechtfertigt dies nicht den geltend gemachten Aufwand von über 70 Stunden. Da die Kostennote bis auf die Auslagen keine detaillierte Auflistung enthält, für welche erbrachte Dienstleistung welcher Zeitaufwand abgerechnet wurde, ist die Parteientschädigung pauschal zu kürzen. Angemessen erscheint ausnahmsweise ein immer noch sehr hoher Zeitaufwand von 40 Stunden. Dieser Zeitaufwand ist je anteilmässig auf die beiden Rechtsvertreter bzw. gemäss deren geltend gemachten Zeitaufwände und der geltend gemachten Stundenansätze aufzuteilen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf 7'629.25 festzusetzen (CHF 24.64 Stunden x CHF 200.00 sowie 15.36 Stunden zu CHF 100.00, zuzügl. CHF 617.80 Auslagen und 7.7 % MwSt). 8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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