

SO_GERICHTE VSBES.2020.68 vom 2. Juni 2021

SO Obergericht, 2021-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.68

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.68 du 2 juin 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.68 del 2 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerden ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Einspracheentscheide vom 24. Februar bzw. 23. April 2020 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

1.3 Die revidierte Fassung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden auch einige Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) angepasst. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da im vorliegenden Fall ein Ereignis vom 20. April 2017 zu beurteilen ist, ist das neue Recht anwendbar.

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine

blasse Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.5 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss 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 entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden 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 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (s. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.).

2.6 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 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, sodass die Adäquanz praktisch keine Rolle spielt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, 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_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2, je mit Hinweisen).

2.8 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. 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. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_521/2008 vom 5. Dezember 2011 E. 2.2.2 und 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, je mit Hinweisen).

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 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 der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

3.2 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 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Der Beschwerdeführer macht Leistungsansprüche aus dem Unfallereignis vom 20. April 2017 geltend. Die Beschwerdegegnerin hat Leistungen für das genannte Ereignis erbracht. In ihrem Einspracheentscheid vom 24. Februar 2020 führte sie aus, spätestens am 1. Februar 2018 müsse von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden und es sei der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht gewesen. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 7 %, so dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Da die Restbeschwerden resp. Befunde des Beschwerdeführers kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreichten, habe der Beschwerdeführer auch keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. In Bezug auf den am 12. Dezember 2018 gemeldeten Rückfall

vertritt die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 23. April 2020 die Meinung, die geklagten Rückenbeschwerden, der Hallux Valgus und die Krallenzehenbildung der Zehen II ■ IV seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Einzig die Krallenzehe im Bereich des V. Strahls sei unfallkausal. Eine Verbesserung wäre einzig durch eine Operation möglich. Nachdem der Beschwerdeführer eine solche jedoch letztlich nicht habe durchführen wollen, sei eine namhafte Besserung nicht zu erwarten, denn die in Fehlstellung verheilte Fraktur könne nicht anders als durch eine Operation behandelt werden. Da somit im Moment der Verfügung vom 10. März 2020 von einem Endzustand auszugehen gewesen sei bzw. der Rückfall habe abgeschlossen werden können, bestehe kein Anspruch mehr auf Heilkosten nach dem 31. März 2020 und auf Taggelder nach dem 30. April 2020. Was die zumutbare Arbeitsfähigkeit anbelange, so stimme das für den Rückfall festgelegte Zumutbarkeitsprofil mit dem Profil überein, welches die Kreisärztin im Bericht vom 15. Februar 2018 dargelegt habe und nehme somit Rücksicht auf die Besonderheiten der Folgen des Unfalls vom 20. April 2017. Nachdem nun dasselbe Zumutbarkeitsprofil gelte und der Rückfall abgeschlossen sei, sei die Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht abgelehnt worden. In teilweiser Gutheissung der Einsprache werde dem Beschwerdeführer jedoch eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einbusse von 10 % zugesprochen. Der Beschwerdeführer macht zusammenfassend geltend, erstens sei betreffend den Rückfall der Zeitpunkt für den Fallabschluss noch nicht erreicht und zweitens sei von einem höheren Invaliditätsgrad und einem höheren Integritätsschaden auszugehen. Praxisgemäss rechtfertigt es sich, das Unfallereignis und den gemeldeten Rückfall je einzeln zu behandeln, wobei abschliessend eine Gesamtbetrachtung anzustellen sein wird.

5. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt des Einsprache-Entscheidung vom 24. Februar 2020 (VSBES.2020.68 / A.S. 1 ff.) im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Dem Operationsbericht vom 20. April 2017 des Spitals G.____ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (Suva-Nr. 25):

Quetschtrauma Fuss links

Weiter wurde dargelegt, der Beschwerdeführer habe am 20. April 2017 ein Quetschtrauma des linken Fusses erlitten, als ihm ein Gabelstapler über den Fuss gefahren sei. Er habe Arbeitsschuhe getragen. Auf der Notfallstation habe sich eine III.-gradig offene Fraktur des Metatarsale V sowie eine grosse RQW plantarseits von interdigital I/II beginnend nach interdigital IV/V ziehend gezeigt. Im Weiteren habe sich im Röntgenbild noch eine dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur neben der mehrfragmentären Metatarsale feststellen lassen. Es sei die Indikation zur operativen Therapie gestellt worden.

5.2 Dem Austrittsbericht des Spitals G.____ vom 25. April 2017 (Suva-Nr. 29) lässt sich entnehmen, es sei die stationäre Aufnahme zur notfallmässigen Wundversorgung im Operationssaal erfolgt. Am 22. April 2017 sei der geplante Second look und auf Grund der noch vorhandenen Schwellung die Anlage eines V.A.C.-Verbandes erfolgt. Die postoperative radiologische Stellungskontrolle habe eine korrekte Lage des Fixationsmaterials bei zufriedenstellender Reposition gezeigt. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei am 24. April 2017 die heimatnahe Verlegung ins Spital H.____ zur weiteren Therapie erfolgt.

5.3 Dem Austrittsbericht des Spitals H.____ vom 25. April 2017 (Suva-Nr. 62) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Quetschtrauma Fuss links mit/bei

Weiter wurde ausgeführt, bei auffälliger Supinationsstellung des Fusses sei am 26. April 2017 zum Ausschluss einer Begleitfraktur der Fusswurzelknochen / OSG ein Röntgen des Fusses sowie des OSG links erfolgt. Dieses habe eine Erweiterung des Gelenkspaltes im OSG mit V. a. Instabilität des Gelenkes gezeigt. Bei Verdacht auf eine komplexe Bandläsion des OSG habe man sich für die Anlage eines gespaltenen Unterschenkelgipses zur korrekten Fuss-Stellung entschieden. Das Stellungsröntgen im Gips vom 28. April 2017 habe verbesserte Stellungsverhältnisse bei schmerzbedingt noch nicht gänzlicher Dorsalextension auf 90° gezeigt. Es sei dementsprechend am 1. Mai 2017 nach weiterer Anschwellung die erneute Anpassung eines gespaltenen Unterschenkelgipses mit Dorsalextension bis auf 90° erfolgt. Bei gut regredienten Entzündungswerten habe die intravenöse Antibiose mit CoAmoxicillin am 26. April 2017 oralisiert werden können. Die Wunde habe sich reizlos gezeigt, sodass am 3. Mai 2017 von der VAC Therapie auf eine Wundversorgung mittels Sorbion Sachet umgestiegen worden sei. Bei weiterhin gut regredienter Schwellung werde ein operatives Vorgehen mit voraussichtlich angestrebtem Direktverschluss am 10. Mai 2017 empfohlen. Der Beschwerdeführer habe bis dahin in gutem Allgemeinzustand sowie bei reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können.

5.4 Dem Sprechstundenbericht Traumatologie des Spitals H.____ vom 11. Juli 2017 (Suva-Nr. 44) lässt sich entnehmen, dass sich nun nach viel Geduld eine abgeschlossene Wundheilungssituation mit trockenen und reizlosen Weichteilverhältnissen zeige. Klinisch störend sei weiterhin die deutliche Schmerzsymptomatik mit unmöglicher Mobilisation bei starker Klinik des fünften Strahles. Radiologisch zeige sich eine zunehmende Konsolidierung der beschriebenen Frakturen. Aufgrund der unbefriedigenden Mobilisations- und Symptomatiksituation werde der Beschwerdeführer der fussorthopädischen Fachärztin Frau Dr. med. I.____ im Hause vorgestellt und der Beschwerdeführer in ihre Sprechstunde verwiesen. Es werde Dr. med. I.____ überlassen, den Entscheid über eine allfällige weitergehende radiologische Diagnostik zu fällen.

5.5 Dr. med. I.____, Leitende Ärztin, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Spital H.____, stellte in ihrem Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2017 die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 48):

Quetschtrauma Fuss links am 20. April 2017 mit/bei

Weiter führte Dr. med. I.____ aus, allenfalls bestehe eine plantare Hyperpression bei möglicher Malunion, wahrscheinlicher sei aber eine aktuelle Hyperalgesie nach diesem Quetschtrauma. Sie empfehle den Verlauf abzuwarten, aber die Gehleistung sollte eigentlich besserbar sein mit einem sohlenversteiften Schuh mit Abrollrampe (Typ Xelero oder Zoot), bei offener Schwellungsneigung auch Versorgung mit Kompressionsstrumpf. Der Draht sei noch zu entfernen, die Ehefrau habe Geburtstermin in den nächsten ein bis drei Wochen, so dass der Beschwerdeführer noch abwarten möchte. Da dies die Rehabilitation nicht verzögere, sei dies gut möglich, auch nicht ungewünscht bei noch nicht vollständiger Frakturkonsolidation. Allenfalls könne vor Operation dann noch eine CT-Untersuchung zur Dokumentation mit Positionierer oder allenfalls sogar stehendes CT in [...] je nach Verlauf nötig sein. Die Arbeitsfähigkeit für stehende und gehende

Tätigkeiten bleibe bei 0 % bis zur nächsten Kontrolle in vier Wochen.

5.6 Mit Sprechstundenbericht vom 28. August 2017 (Suva-Nr. 61) legte Dr. med. I.____ dar, der Beschwerdeführer habe noch Restbeschwerden, der Draht liege wahrscheinlich teilweise in den Weichteilen, das CC Gelenk perforiere der Draht eher nicht, sie könne dies aber nicht ausschliessen. Sie empfehle weiterhin dessen Entfernung, auch um ihn als Schmerzursache auszuschliessen und allenfalls nötige weitere Diagnostik nicht zu behindern. Der Beschwerdeführer sei einverstanden. Die Operation werde für den 13. September 2017 geplant. Im Moment bestehe als Lagermitarbeiter weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

5.7 Im Sprechstundenbericht vom 9. Oktober 2017 (Suva-Nr. 68) berichtete Dr. med. I.____, dass sich der Beschwerdeführer schmerzbedingt immer noch komplett ausserstande sehe, eine Arbeit aufzunehmen. Von den Strukturen her wäre eine unlimitierte Vollbelastung möglich. Sie empfehle deshalb die Vorstellung beim Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, insbesondere mit der Frage nach einer stationären Reha. Vorgängig würden sie mittels MRI noch behandlungswürdige Strukturpathologien ausschliessen. Bis zur nächsten Kontrolle solle Ergotherapie zur Desensibilisierung unterstützend wirken.

5.8 In ihrem Sprechstundenbericht vom 16. Oktober 2017 (Suva-Nr. 70) berichtete Dr. med. I.____ über deutliche Krallenzehenfehlstellung der Kleinzehen zunehmend zum lateralen Strahl hin. Die Metatarsale-Köpfchen IV/V seien sehr prominent und druckdolent plantar. Der Fussrücken sei intermittierend hyperalgisch auf Berührung, allerdings nicht bei Ablenkung (Beschwerdeführer telefoniere während der Sprechstunde). Die Peronei könnten gut aktiviert werden, insbesondere wenn er abgelenkt sei. Der Beschwerdeführer habe eine Metatarsalgie über den Metatarsale-Köpfchen IV/V, hier könnte das angepasste Schuhwerk mit Softspot und Vorfussrolle helfen, der Beschwerdeführer trage aber lieber eigene Turnschuhe. Bezüglich der Hyperalgesie des Fussrückens frage sich Dr. med. I.____, wie einschränkend dieser Schmerz tatsächlich sei, da er ablenkbar sei. Im Weiteren zeige der Beschwerdeführer aber keine Compliance zur ergotherapeutischen Behandlung. Bezüglich den Krallenzehen mit darauffolgender Metatarsalgie gebe es klar eine Strukturpathologie, hier könne sie dem Beschwerdeführer die Extensorenverlängerungstenotomie und Korrekturosteotomien zumindest von IV und V anbieten. Der Beschwerdeführer zeige keinerlei Bereitschaft zur Diskussion bezüglich Behandlungsoptionen. Er sei "jetzt bei der Suva", es sei klar, dass er nicht arbeiten könne, den Schuh habe er, die Desensibilisierungsübungen mache er schon manchmal, bezüglich pro oder contra Operation wolle er keine Aussage machen. Er wolle dies mit dem Hausarzt besprechen. Im Moment sei der Abschluss mangels Therapiewunsch angezeigt. Im Weiteren empfehle Dr. med. I.____ weiterhin die stationäre Rehabilitation z.B. in der J.____. Beim Vorbeibringen des Unfallscheines habe der Beschwerdeführer gemeint, dass er die schon einmal angepassten Schuhe weggeworfen habe. Sie seien verdreht gewesen. Er bitte nun doch nochmals um Rezeptierung von neuen Schuhen. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. I.____ aus, in der angestammten Tätigkeit im Lager sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, von ihrer Seite her für nochmals einen Monat, danach gemäss Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin und / oder den Hausarzt.

5.9 Am 22. November 2017 erging der Austrittsbericht der Klinik J.____ (Suva-Nr. 85) mit folgenden Diagnosen:

Unfall vom 20. April 2017: Von Stapler angefahren worden

Psychiatrische Diagnosen (August 2017) Psychosomatisches Konsilium, J.____: V.a. Anpassungsstörung mit erhöhter Reizbarkeit und Ängsten (ICD-10: F43.23). V.a. akzentuierte, am ehesten impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)

Weiter wurde festgehalten, der Austritt sei frühzeitig am 20. November 2017 auf ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers in Absprache mit der Beschwerdegegnerin erfolgt. Durch den kurzen Aufenthalt habe keine relevante Befundverbesserung erzielt werden können. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht aktuell nur ungenügend erklären. Die Fraktur sei konsolidiert. Die Krallenzehen seien vorbestehend und etwaige Einschränkungen gingen nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Statt des stationären Aufenthalts finde ein intensives ambulantes Therapieprogramm im [] statt. Der Beschwerdeführer habe die Möglichkeit, sich damit optimal auf die Stellensuche vorzubereiten. Der Beschwerdeführer scheine sehr eigene Vorstellungen bezüglich des weiteren Verlaufs zu haben, so habe er z.B. auf die Frage, ob er sich für irgendeine Arbeit arbeitsfähig fühle, geantwortet, dass er dann arbeiten gehe, wenn das sein Hausarzt bestimme. Während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Die diagnostische Beurteilung des psychischen Zustandes aufgrund eines einmaligen Kontaktes sei allenfalls nur beschränkt möglich. Es bedürfe einer weiteren ausführlichen Diagnostik (am ehesten diagnostische Abklärung des Persönlichkeitsspektrums). Der Beschwerdeführer habe während der psychosomatischen Exploration eine gereizte, innerlich unruhige und frustrierte Grundstimmung gezeigt. Die sozialen Fertigkeiten seien offensichtlich defizitär. Insgesamt könne die psychopathologische Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung mit Gereiztheit und neuerdings panikartigen Anfällen diagnostiziert werden, sei jedoch wohl eher mit akzentuierten Persönlichkeitszügen von impulsiver Ausprägung (vorbestehend) in Verbindung zu bringen. Der Beschwerdeführer habe sich während der kurzen Aufenthaltsdauer nur teilweise an Abmachungen gehalten und beim körperlichen Belastungstest sei er motiviert gewesen und habe überall das funktionelle Limit erreicht. Falls eine psychische Störung im Sinne einer Anpassungsstörung mit akzentuierten Persönlichkeitszügen vorhanden sei, begründe sie keine arbeitsrelevante Leistungsminderung.

5.10 Im Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 15. Dezember 2017 für ambulante Rehabilitation vom 22. November bis 7. Dezember 2017 (Suva-Nr. 97) wurde dargelegt, gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunden das Ausmass der geltend gemachten Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Bereiche des seitlichen Fussrandes rechts zwar teils in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität erklären. Das Beschwerdebild werde im Rahmen einer mässigen Symptomausweitung überlagert. Aus heutiger Sicht könne davon ausgegangen werden, dass es sich bei der aktuellen Schmerzproblematik um einen vorübergehenden Zustand handle und unter Berücksichtigung der Verletzungsfolgen des Unfalls vom 20. April 2017 am Fuss rechts mittel- bis langfristig gesehen von keinerlei dauerhaften Unfallfolgen auszugehen sei. Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm hätten auf eine mässige Symptomausweitung hingewiesen. Die Beschreibung der Schmerzen sei wenig differenziert, das Schmerzverhalten nicht ganz adäquat gewesen. Das Leistungsverhalten werde als fraglich beurteilt. Die Konsistenz sei

mässig gewesen (es hätten sich einige Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten gefunden). Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werde aus folgenden Gründen als negativ gewertet: In den Gesprächen sei eine starke Fokussierung auf den Schmerz mit mangelnder Ablenkbarkeit zu erkennen, auch mit namhafter Unterstützung durch das Rehateam seien keine konkreten aktivitätsbezogenen Ziele verhandelbar, mehrere Termine in den Therapien seien verspätet oder unentschuldigter Weise gar nicht wahrgenommen worden, es seien keine Fortschritte erzielt worden, soweit zumindest aus ärztlicher Sicht zu erwarten gewesen sei. Mit dem Beschwerdeführer hätten keinerlei erfolgsversprechenden Ziele auf Aktivitätsebene erarbeitet werden können. Deshalb sei eine Zusammenarbeit mit ihm schwierig gewesen. Er habe sich unmotiviert für die Therapien gezeigt, habe sich nicht an Vorgaben und Abmachungen innerhalb des Settings gehalten. Während des Aufenthalts hätten in therapeutischer Hinsicht keine Fortschritte erzielt werden können. Aufgrund des Besagten sei die ambulante Reha vorzeitig abgebrochen worden. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit wurde dargelegt, es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können als im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung und ungenügender Kooperation im Behandlungsprogramm hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter sei dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar. Auch andere (mindestens) mittelschwere berufliche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar.

5.11 Am 28. Dezember 2017 nahm die Kreisärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, eine erste Beurteilung vor (Suva-Nr. 99). Sie hielt fest, von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Ab sofort könne für die Tätigkeit als Staplerfahrer eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erfolgen. Ansonsten sei ab Januar 2018 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % für mittelschwere Tätigkeiten auszugehen.

5.12 Nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 19. Januar 2018 (Suva-Nr. 102) in Aussicht gestellt hatte, dass die Taggeldleistungen und Heilungskosten ab 1. Februar 2018 eingestellt würden, und der Beschwerdeführer sich damit nicht einverstanden erklärt hatte (Suva-Nr. 107), nahm die Kreisärztin Dr. med. C.____ am 14. Februar 2018 erneut eine Beurteilung vor (Suva-Nr. 114). Ihrem Bericht lässt sich entnehmen, aufgrund der ausführlichen Beurteilung aus der Klinik J.____ und aufgrund des medizinischen Verlaufes könne zusammengefasst folgende Zumutbarkeitsbeurteilung festgehalten werden: Dem Beschwerdeführer könne eine mittelschwere, ganztägige, wechselbelastende Tätigkeit zugemutet werden. Arbeiten in kniender oder kauender Stellung sollten gemieden werden. Ebenfalls nicht geeignet seien Arbeiten auf unebenem Gelände. Das Steigen auf Leitern oder repetitives Treppensteigen seien ebenfalls zu vermeiden. In einer Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil sei der Beschwerdeführer ab dem

1. Februar 2018 zu 100 % arbeitsfähig. Seine angestammte Tätigkeit als Staplerfahrer entspreche der Zumutbarkeitsbeurteilung und sei dem Beschwerdeführer zuzumuten. Der angepasste orthopädische Schuh sei bei der Arbeit immer zu tragen.

5.13 Am 31. August 2018 wurde ein Röntgenbild des linken Fusses angefertigt. Dem hierzu gleichentags erstellten Bericht von Dr. med. K.____, Fachärztin für Radiologie und Kinderradiologie, Röntgeninstitut L.____ (Suva-Nr. 135, 136), lässt sich entnehmen, es lägen keine Vorbilder zum Vergleich vor. Aktuell zeige sich ein Hallux valgus mit einem Valguswinkel von 30 Grad. Ferner sei eine Subluxation im MTP-V-Gelenk festzustellen. Es zeige sich ein mutmasslicher Status nach Metatarsale-V-Fraktur mit hypertropher Kallusbildung und aktuell einer residuellen Abheilung in Fehlstellung. Es seien keine weiteren Frakturen nachzuweisen. Für das Alter bestünden jedoch auffällige, leicht fleckig imponierende Osteopenie, sodass eine Algodystrophie je nach Klinik denkbar wäre. Weiter bestehe ein akzessorisches Os vesalianum. Es lägen keine grössere Weichteilschwellung oder Gelenkserguss vor.

5.14 Am 7. November 2018 nahm Dr. med. C.____ eine Beurteilung des Integritätsschadens vor (Suva-Nr. 145). Darin führte sie aus, der Beschwerdeführer habe am 20. April 2017 ein Quetschtrauma des linken Fusses mit 3°ig offener, mehrfragmentärer Metatarsale V-Schaftfraktur, RQW plantar bis interdigital IV/V und I/II, eine Décollement-Verletzung plantar und eine wenig dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur erlitten. Gleichentags seien ein Débridement sowie eine Fadencerclage am Metatarsale V und eine Transfixation am Metatarsale V Cuboidalgelenk erfolgt. In den aktuellen Röntgenbildern zeige sich ein St. n. Metatarsale V-Fraktur mit hypotropher Kallusbildung und einer residuellen Abheilung in geringer Fehlstellung. Dargestellter Hallux valgus mit einem Valguswinkel von 30° sowie Krallenzehen seien vorbestehend und unfallfremd. Unter Berücksichtigung der Suva-Tabelle 2.2 betreffend Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, der Tabelle 6 betreffend Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten und der Tabellen 5 betreffend Arthrosen, erreichten die Restbeschwerden resp. Befunde des Beschwerdeführers kein entschädigungspflichtiges Ausmass.

5.15 Mit Verfügung vom 30. November 2018 wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und denjenigen auf eine Integritätsentschädigung ab (Suva-Nr. 149). Nachdem der Beschwerdeführer dagegen Einsprache erhoben hatte (Suva-Nr. 166), nahm Dr. med. C.____ am 8. Januar 2019 erneut Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Suva-Nr. 171). Sie legte dar, schon auf den präoperativen Bildern vom 20. April 2016 (recte wohl: 2017) wie auch auf den postoperativen Bildern vom 24. April 2016 (recte wohl: 2017) stelle sich beim Beschwerdeführer ein Spreizfuss mit einer deutlichen Hallux valgus-Deformität und einer entsprechenden Krallenzehenfehlstellung aller Zehen dar. Deshalb sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vorbestehenden Fussdeformität auszugehen. Eine Akzentuierung der Krallenzeh am Dig. V durch die Metatarsale V-Fraktur sei möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Meistens sei eine Krallenzeh nicht angeboren, sondern entstehe im Laufe des Erwachsenenlebens im Zusammenhang mit übergeordneten Fussdeformitäten wie Plattfuss, Spreizfuss oder Knickfuss und Hallux valgus. Auch bei Lähmungen und einzelnen Nervenkrankheiten könnten sich Krallenzehen entwickeln. Schliesslich werde orthopädisch ungeeignetem Schuhwerk eine krankheitsauslösende Bedeutung zugeschrieben.

6.Im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 23. April 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 1 ff.) kamen zu der bestehenden medizinischen Aktenlage im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte hinzu:

6.1 Nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Eingabe vom 12. Dezember 2018 einen Rückfall zum Unfallereignis vom 20. April 2017 gemeldet hatte (Suva-Nr. 162), holte die Beschwerdegegnerin den Sprechstundenbericht von Dr. med. I.____, Spital H.____, vom 24. Januar 2019 ein (Suva-Nr. 180). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

Clavus unter MTV wegen Fehlstellung nach Trauma am 20. April 2017

Weiter führte Dr. med. I.____ aus, der Beschwerdeführer klage über eine Druckstelle mit rezidivierendem Clavus unter dem MTP V, wo der Knochen sehr prominent sei. Er komme mit dem Wunsch nach einem Schuh mit dickerer Sohle. Etwas anderes wolle er im Moment nicht. Eine differenzierte Diskussion sei nicht sein Wunsch. Er sei darüber informiert worden, dass ein operatives Abtragen möglich sei. Dr. med. I.____ sei aber auch einverstanden, dass er zuerst eine Schuhversorgung probieren wolle.

6.2Die Kreisärztin Dr. med. C.____ stellte in ihrem Bericht vom 19. Juni 2019 (Suva-Nr. 204) folgende Diagnosen:

St. n. schwerem Quetschtrauma Fuss links vom 20. April 2017

Weiter führte Dr. med. C.____ aus, klinisch stelle sich heute vor allem eine auffällige Trophik mit bläulich livider Verfärbung des Fusses dar. Zudem bestehe während der Untersuchung eine Berührungsempfindlichkeit vor allem im lateralen Bereich, die sich aber bei Ablenkung des Beschwerdeführers relativiere. Die Hauptschmerzen seien im Bereiche der in Fehlstellung geheilten Metatarsale V-Fraktur. Im Bereiche des fünften Strahles habe auch die Krallenzehentwicklung zugenommen. Der Hallux valgus wie auch die Krallenzehen an den anderen Zehen fänden sich an beiden Füßen, sodass die posttraumatische Entwicklung derselben ausser am verletzten fünften Strahl in Frage gestellt werden müsse. Die beschriebenen Beschwerden mit kontinuierlichem Schmerz mit zum Teil Gefühlsstörungen am gesamten Fuss könnte auch auf ein CRPS hinweisen, passend auch zum letzten vorliegenden Röntgenbild, welches eine diffuse Osteopenie zeige. Auf alle Fälle empfehle sie nun eine Second opinion bei Prof. M.____ in [...]. Diese werde auch explizit vom Beschwerdeführer gewünscht, der auch mehrmals betone, alles unternehmen zu wollen, damit es seinem Fuss wieder besser gehe. Mit einer Kopie dieses Berichtes werde Prof. M.____ um ein baldiges Aufgebot gebeten. Bis dahin bleibe der Beschwerdeführer arbeitsunfähig, auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Beschwerdeführer sei arbeitslos. Aufgrund dessen erfolge die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und nicht in der angestammten Tätigkeit als Logistiker. Das weitere Procedere werde sich nach der Beurteilung richten. Die eigentliche Fragestellung wäre, ob durch einen Korrekturingriff die Situation des Beschwerdeführers verbessert werden könnte. Der Beschwerdeführer sei darauf hingewiesen worden, dass er die orthopädischen Massschuhe möglichst immer tragen müsse. Ob ihm eine Umschulung durch die Invalidenversicherung zustehe, müsse durch die Invalidenversicherung selbst nach den gesetzlichen Grundlagen entschieden werden. Es sei von einer bleibenden Einschränkung auszugehen. Der medizinische Endzustand sei aber noch nicht erreicht.

6.3 In ihrem Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2019 (Suva-Nr. 206) führte Dr. med. I.____ aus, sie sei etwas überrascht gewesen in der Zuweisung zu lesen, der Beschwerdeführer wünsche eine Operation, da sie ihn bisher nicht so erlebt habe. Die Situation stelle sich dann heute prompt anders dar. Der Beschwerdeführer gebe klar an, dass er jetzt zuerst nach [...] müsse, dies müsse er, er könne das gar nicht anders machen, eine Operation könne man jetzt nicht durchführen. Wie immer verweigere er den klinischen Fussuntersuch unter Hinweis auf Schmerzen. Diese seien nach Quetschtrauma prinzipiell glaubhaft und möglich, trotzdem sei es etwas unangenehm, hier eine Beurteilung abgeben zu müssen ohne klinischen Untersuch. Objektivieren könne man aber sicherlich das veränderte Belastungsmuster über die veränderte Behornung, ein Clavus über dem V-er bestehe nicht mehr, dafür aber eine Minderbehornung über den lateralen Strahlen und eine Mehrbehornung der medialen Strahlen, was eigentlich ganz gut die Ausweichhaltung dokumentiere. Im Weiteren könne man die Hyperextension in den Kleinzehen dokumentieren, was zu einem Logensyndrom passen könnte, dies wäre zu verifizieren mit einer neurologischen Untersuchung durch Nadelmyographie der kleinen Fussmuskeln. Sie könne sich aber sehr schwerlich vorstellen, dass der Beschwerdeführer diese Untersuchung akzeptieren würde. Da der Beschwerdeführer wiederum keine aktive Behandlung durch Dr. med. I.____ wünsche, erlaube sie sich wiederum abzuschliessen.

6.4 Dem Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 22. Juli 2019 (Suva-Nr. 210) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Fehlverheilte Metatarsale V-Fraktur mit Luxation des MTP V-Gelenks und Überbelastung des Metatarsale V-Köpfchens sowie posttraumatische, kompensatorische Krallenzehenfehlstellung Dig. V-III und Hallux valgus-Fehlstellung Dig. I links bei

Klinisch-radiologisch zeige sich eine fehlverheilte Metatarsale V-Fraktur, das MTP V-Gelenk sei chronisch luxiert. Der Beschwerdeführer versuche kompensatorisch den Fussaussenrand zu entlasten und gehe aktuell hauptsächlich über dem I. Strahl. Aufgrund dessen komme es dort zu einer Hallux valgus-Bildung am Grosszeh sowie zu einer Hammerzehenkonfiguration aller Zehen auf der linken Seite. Der Beschwerdeführer sei extrem schmerzgeplagt und in der Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Er wünsche eine definitive Lösung mittels operativer Herangehensweise. Ihrer Meinung nach sei eine Korrekturosteotomie der Metatarsale V, eine Transfixation und Sehnenverlängerung Dig. V, IV und III nötig. Zusätzlich würden sie intraoperativ Knochenbiopsien des Metatarsale V abnehmen. Der Beschwerdeführer sei über die operative Herangehensweise aufgeklärt worden und habe schriftlich eingewilligt.

6.5 Am 15. Oktober 2019 erging der Sprechstundenbericht von Dr. med. N.____, Leitende Ärztin, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital D.____ (Suva-Nr. 229). Darin legte sie dar, der Beschwerdeführer sei vom Fussteam zugewiesen worden. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers bestehe seit dem Unfallereignis im Verlaufe eher zunehmend ein Einschlafgefühl im linken Bein sowie ein Kältegefühl im linken Bein und im linken Fuss. Sowohl im Bereich des Fusses linksseitig wie auch im Bereich des Beines linksseitig könne keine sichere dermatombegrenzte Hypästhesie oder auch motorisches Defizit gefunden werden. Die Ursache dieses Kältegefühls und Einschlafgefühls bleibe zurzeit unklar. Eine mögliche Erklärung wäre die länger andauernde asymmetrische Belastung des linken Beines und auch der Beckenringmuskulatur und der lumbalen Muskulatur aufgrund des Quetschtraumas des Fusses linksseitig. Zudem bestehe klinisch ein positiver Facettengelenksprovokationstest sowie ein druckdolentes und hypomobiles

Iliosakralgelenk. Aus diesem Grunde würden sie ergänzend eine MRI-Untersuchung der LWS inkl. Koronarschnitte ISG in die Wege leiten mit der Frage nach Diskopathie / aktivierten Facettengelenksarthrosen und entzündlichen Veränderungen / aktivierten Arthrosen im Bereich der ISG insbesondere linksseitig. Je nach MRI-Befund könne sicherlich aufgrund der heutigen Klinik mit doch deutlichen muskulären Dysbalancen im Bereich der Rückenmuskulatur und Beckenmuskulatur eine Physiotherapie speziell für diese Region in die Wege geleitet werden. Der Beschwerdeführer sei jedoch einer Physiotherapie gegenüber eher ambivalent eingestellt, da sämtliche bisher durchgeführten therapeutischen Massnahmen (ambulant, gemäss Angaben des Beschwerdeführers auch stationär in der J.____) keinen Effekt auf die Beschwerden gehabt hätten.

6.6 Nachdem die erwähnte MRI-Untersuchung nach mehreren Versuchen nicht durchgeführt werden konnte (vgl. Suva-Nr. 238, 241), habe ein erneuter Versuch, am 5. Dezember 2019 eine MRT-Untersuchung durchzuführen, abgebrochen werden müssen (vgl. Suva-Nr. 247). In ihrem Sprechstundenbericht vom 13. Januar 2020 legte Dr. med. N.____ (Suva-Nr. 248) dar, leider sei die MRI-Untersuchung der LWS im Open-MRI vom Beschwerdeführer abgebrochen worden. Soweit in einer Sequenz sichtbar, lägen eine leichte Spondylarthrose auf Höhe LWK4/5 und eine mediane Diskushernie / Protrusion LWK4/5 sowie eine mediane Diskushernie/Protrusion bei Anulus fibrosus Riss auf Höhe LWK5/SWK1 vor. Genauere Angaben könnten leider aufgrund der fehlenden restlichen Sequenzen nicht gemacht werden. Der Beschwerdeführer komme heute mit der Bitte, eine spezielle Hallux valgus-Schiene verordnen zu lassen, welche er im Internet gefunden habe. Diesbezüglich werde der Beschwerdeführer auf die Beurteilung seitens des Fussteams vom 22. Juli 2019 verwiesen. Zu diesem Zeitpunkt seien seitens des Fussteams eine Korrekturosteotomie der Metatarsale V, eine Transfixation und Sehnenverlängerung Dig. V, IV und III empfohlen worden. Die fehlverheilte Metatarsale V Fraktur des MTP V-Gelenkes sei gemäss Fussteam chronisch luxiert und der Beschwerdeführer versuche kompensatorisch den Fussaussenrand zu entlasten und laufe aktuell hauptsächlich über dem 1. Strahl. Aufgrund dessen komme es zu einer Hallux valgus Bildgebung am Grosszeh. Ob eine Hallux valgus-Schiene diesbezüglich Abhilfe für die Beschwerdesymptomatik bringen würde, müsse der Beurteilung seitens des Fussteams überlassen werden. Der Beschwerdeführer werde sich diesbezüglich noch einen Termin im Fussteam holen und dies mit dem Fussteam direkt besprechen. Betreffend die Rückensymptomatik wolle der Beschwerdeführer aktuell vermehrt eine aktive Therapie durchführen, was Dr. med. N.____ sicherlich sehr unterstützen würde. Von ihrer Seite her wäre eine dreimonatige medizinische Trainingstherapie möglich. Der Beschwerdeführer sei mit diesem Vorgehen einverstanden. Aus diesem Grunde werde der kreisärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin höflichst um Überprüfung der Kostengutsprache für die Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie für drei Monate gebeten. Anschliessend sollte es dem Beschwerdeführer möglich sein, diese Übungen im Fitness in seiner Wohnumgebung durchzuführen. Ein entsprechendes Physiotherapiezept sei dem Beschwerdeführer mitgegeben worden. Eine Verlaufskontrolle sei nach erfolgter medizinischer Trainingstherapie bei ihnen wieder geplant.

6.7 Am 22. Januar 2020 nahm die Kreisärztin Dr. med. C.____ eine ■.ztliche Beurteilung vor (Suva-Nr. 252). Sie legte dar, nachdem sie den Beschwerdeführer im Rahmen einer Untersuchung am 18. Juni 2019 untersucht habe und auf seinen expliziten Wunsch hin für eine Zweitmeinung zu den Fusspezialisten des Spitals D.____ zugewiesen habe, sei die

vorgeschlagene Korrekturosteotomie durch den Beschwerdeführer aus unerklärlichen Gründen wieder abgesagt worden, obwohl er die Einwilligung schon unterschrieben gehabt habe. Angeblich habe der Hausarzt ihm davon abgeraten. Inzwischen mache der Beschwerdeführer auch noch LWS-Beschwerden geltend. Eine MRI-Untersuchung im offenen Gerät sei vom Beschwerdeführer abgebrochen worden. Auf der erstellten Sequenz und auf den konventionellen Röntgenbildern stellten sich auf Höhe LWK4/5 und LWK5/S1 leichte Segmentdegenerationen dar. Diese Veränderungen stünden in keinem Zusammenhang mit der erlittenen Fussquetschung und seien deshalb auch nicht unfallkausal. Es lägen keine wissenschaftlichen Arbeiten vor, die einen Zusammenhang einer Fehlbelastung wegen den Fussbeschwerden und der LWS-Symptomatik bewiesen. Die leichten degenerativen Veränderungen seien im Rahmen von altersentsprechenden Degenerationen zu sehen. Die verordnete MRT sei deshalb nicht unfallkausal und gehe zu Lasten der Krankenkasse. Der ganze Verlauf nach erfolgter ärztlicher Untersuchung vor einem halben Jahr sei befremdend, aber passend zum ganzen Verlauf seit der Quetschverletzung vor nun fast drei Jahren. Obwohl der Beschwerdeführer Dr. med. C.____ gegenüber und gemäss Bericht aus dem Spital D.____ auch im Rahmen der Abklärung nach einer operativen Lösung gefragt habe, sei die Operation abgesagt worden. Der vorgeschlagene Korrekturingriff sei dem Beschwerdeführer zweifelsohne zuzumuten und es sei davon auszugehen, dass die Belastbarkeit des linken Fusses damit gesteigert werden könnte. Konservative Massnahmen, ausser der mehrmals schon erfolgten orthopädischen Schuhversorgung, könnten dem Beschwerdeführer nicht angeboten werden. Wie bereits im Untersuchungsbericht erwähnt worden sei, sei der Beschwerdeführer ohne orthopädischen Schuh erschienen. Aufgrund des gesamten Verlaufes seit ihrer persönlichen Untersuchung vor sechs Monaten müsse nun definitiv von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden, da der Beschwerdeführer die vorgeschlagene Korrekturosteotomie abgesagt habe. Die in Fehlstellung verheilte Fraktur könne anders nicht behandelt werden. Die Hallux valgus-Veränderung sei beidseits und schon auf den anfänglichen Röntgenbildern zu sehen gewesen, bei vorbestehendem Spreizfuss beidseits. Einzig die Krallenzeh im Bereich des V. Strahls sei unfallkausal. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom Juni 2019 seien die Fussdeformitäten beidseits bildlich dokumentiert worden. Eine Verschlimmerung der vorbestehenden Befunde durch die in Fehlstellung verheilte Fraktur des V. Strahles sei bei nicht konsequentem Tragen der mehrmals orthopädisch angepassten Schuhe möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Dem Beschwerdeführer sei eine mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ganztags zuzumuten. Zu vermeiden seien Arbeiten auf unebenem Gelände und Arbeiten in gehockter Stellung. Weiterhin zu vermeiden seien repetitives Treppensteigen oder Steigen auf Leitern.

6.8 Dem Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 25. Februar 2020 (Suva-Nr. 264) lässt sich entnehmen, dass dem Beschwerdeführer erneut der operative Vorschlag zu einer Korrekturosteotomie der Metatarsale V, eine Transfixation und Sehnenverlängerung Dig. V, IV und III dargelegt worden sei. Aufgrund der schlechten Erfahrungen mit zurückliegenden Operationen werde sich der Beschwerdeführer bei definitivem Wunsch zu einer Operation wieder melden.

6.9 Mit Verfügung vom 10. März 2020 (Suva-Nr. 270) schloss die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. März 2020 ab, da von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei.

6.10 Am 23. März 2020 erging der Bericht von Dr. med. N.____ zur vorgezogenen/verschobenen telefonischen Sprechstunde vom 19. März 2020 (Suva-Nr. 277). Darin wurde ausgeführt, gemäss heutigen Angaben des Beschwerdeführers seien vor allem die Fussbeschwerden weiterhin im Vordergrund. Er sehe sich nicht in der Lage, gemäss seinen eigenen Angaben ab dem 1. April 2020, seitens der Beschwerdegegnerin so empfohlen, wieder zu arbeiten. Diesbezüglich wäre eventuell eine kreisärztliche Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin nochmals notwendig. Betreffend die Rückensymptomatik gehe diese offenbar unter der zwei Mal pro Woche durchgeführten Physiotherapie etwas zurück. Grundsätzlich sei betreffend die tieflumbalen Schmerzen / ISG-Beschwerden linksseitig eine Wiederaufnahme der Tätigkeit z.B. in einem Teilpensum mit der Möglichkeit je nach Verlauf der Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 10 % pro Monat / pro alle zwei Monate möglich. Zudem würden sie den kreisärztlichen Dienst nochmals höflichst anfragen betreffend Übernahme der Kostengutsprache für eine medizinische Trainingstherapie.

6.11 Nachdem der Beschwerdeführer Einsprache gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2020 (Suva-Nr. 270) erhoben hatte (Suva-Nr. 281), legte die Beschwerdegegnerin die Akten ihrem Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, vor, welcher am 21. April 2020 eine chirurgische Beurteilung vornahm (Suva-Nr. 288). Dr. med. E.____ führte aus, zusammenfassend könne hier festgestellt werden, dass die radiologischen Veränderungen des Fuss skeletts zum Teil vorbestehend seien und die hier gemessene Veränderung des Hallux valgus-Winkels dem normalen Verlauf einer solchen Fussdeformität mit Spreizfussbildung entspreche. So sei neben der unfallbedingten Veränderung an der Lateralseite des Fusses eine auf der Medialseite bestehende Deformität unfallunabhängig bestehend. Die hieraus resultierenden Veränderungen der Stellung der Grundgelenke der Zehen II, III und IV seien im Zusammenhang mit der vorbestehenden Deformierung zu sehen und bereits in der Erstaufnahme zum Unfalltag nachzuweisen gewesen. Die Krallenzehenstellung sei erfahrungsgemäss bei Aufnahmen im Liegen geringer als im Stand, sodass zum Vergleich hier die Aufnahmen aus August 2017 und Juli 2019 zur Verfügung stünden. Auf beiden Aufnahmen sei die Fehlstellung in den Grundgelenken der Zehen II, III und IV nachzuweisen. Die Fehlstellung der V. Zehe mit erheblicher Krallenzehenbildung sei Folge der unfallbedingten Deformierung des Metatarsophalangealgelenkes am V. Strahl und der leichten Verkürzung sowie Deformierung des V. Strahls zuzuordnen. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 18. Juni 2019 seien Fotos beider Füsse angefertigt worden. Hierbei könne man deutlich die weitgehend seitengleiche Hallux valgus-Fehlstellung der Grosszehen erkennen. Es bestehe eine deutliche Beschwiellung der Fusssohle am Metatarsale V-Köpfchen. Bei dieser Untersuchung sei der Beschwerdeführer ohne die bereits verordneten und ausgelieferten orthopädischen Schuhe erschienen. Auch anlässlich mehrerer Untersuchungen bei Frau Dr. I.____ im H.____ sei der Beschwerdeführer ohne die bereits verordneten Schuhzurichtungen erschienen. Nach Angaben der behandelnden Kollegin habe der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass er sich mit dem normalen Schuh wohler fühle. Die von ihm getragenen Sportschuhe unterstützten den Fuss in keiner Weise und seien daher zur Behandlung der unfallbedingten Deformität nicht geeignet. Nach ausführlicher Besprechung der Gesamtsituation sei dem Beschwerdeführer eine Vorstellung im Spital D.____ vorgeschlagen worden. Von Seiten der Kollegen sei eine Korrekturosteotomie des V. Strahls und die Aufhebung der Krallenzehenbildung sowohl am V. als auch am II. bis IV. Strahl vorgeschlagen worden. Diese Massnahme habe der

Beschwerdeführer nicht wahrgenommen, da er nach eigenen Angaben schlechte Erfahrungen mit Voroperationen gemacht habe. Es sei somit im Januar 2018 nach dem Unfall ein Endzustand bezüglich der Ausheilung der Frakturen entstanden. Mit einer durchgreifenden Befundänderung sei nicht mehr zu rechnen. Unfallbedingt sei die Deformität des V. Strahles festzuhalten sowie die daraus resultierende Fehlstellung im Metatarso-phalangealgelenk des V. Strahls. Die ansonsten bestehenden Veränderungen des Fusses basierten auf einer angeborenen oder erworbenen Fehlstellung des Fuss skeletts, die auf der rechten Seite fast identisch zur Darstellung komme. So sei die Hallux valgus-Fehlstellung bereits zum Unfallzeitpunkt 2017 nachzuweisen und auf der rechten Seite im Jahre 2019 als Vergleichsaufnahme fast identisch. Es könne daher aus den vorliegenden ausführlichen Untersuchungsergebnissen nicht geschlossen werden, dass die Hallux valgus-Fehlstellung des I. Strahls des linken Fusses durch den Unfall erheblich zugenommen habe. Diese Veränderungen seien vorbestehend und nicht auf den Unfall vom 20. April 2017 zurückzuführen. Wenig könne nachvollzogen werden, dass der Beschwerdeführer die Belastung ausschliesslich über den I. Strahl ausführe, da gleichzeitig über dem V. Strahl eine deutliche Beschwielung auf der Fusssohlenseite bestehe, sodass hier von einer Belastung auch des lateralen Fusses auszugehen sei. Dass die Clavusbildung mit hypertropher Beschwielung durch die bestehende Fehlstellung im Metatarsophalangealgelenk des V. Strahles verstärkt werde, sei unbestritten, wäre jedoch durch den vorgeschlagenen Eingriff gut zu korrigieren. Die Dimension des geplanten, jedoch vom Beschwerdeführer abgelehnten Eingriffs sei in Bezug auf das Risiko gut überschaubar. Die Verbesserung der Gesamtsituation des Fusses sei zu erwarten, daher wäre der Eingriff auch zumutbar. Die Entscheidung des Beschwerdeführers, einen solchen Eingriff nicht durchführen zu lassen, liege bei ihm. Durch eine solche Operation könne eine Verbesserung der Belastungssituation des Fusses mit hoher Wahrscheinlichkeit erreicht werden. Das entwickelte Zumutbarkeitsprofil nehme Rücksicht auf die Besonderheiten der Folgen des Unfalls vom 20. April 2017 und bedürfe daher keiner Korrektur. Die anlässlich des Unfalls erlittene knöcherne Deformität des V. Strahls sei unbestritten, dies habe auch Einfluss auf die Stabilität des lateralen Fussrandes. Diese Fehlstellung wäre auch durch die Korrekturosteotomie nur geringgradig zu verbessern, sodass, unabhängig von der Verbesserung insbesondere der Situation im Metatarsophalangealgelenk, die unfallbedingte Deformität des V. Mittelfussknochens eine dauerhafte Veränderung darstelle, die auch Einfluss auf das Tarsometatarsalgelenk V habe. Aus diesem Grunde sei hier, abweichend zu der Beurteilung vom 7. November 2018, sehr wohl ein Integritätsschaden gemäss Tabelle 2 zum UVG zu erkennen. Bei erhaltener Kontinuität des Knochens und stabiler knöcherner Ausheilung sei hier eine Integritätseinbusse von 10 % angezeigt. Der Rückfall im Dezember 2018 habe zu einer Schmerzexazerbation geführt, welche nochmals ausführliche Untersuchungen und Therapieverschlüsse nach sich gezogen habe. Eine Operation sei im Raum gestanden, die der Beschwerdeführer letztendlich nicht habe durchführen lassen, obwohl sie zumutbar und erfolgversprechend gewesen wäre. Demzufolge sei spätestens zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. Januar 2020 von einem Endzustand in Bezug auf den Rückfall auszugehen, wie dies Frau Dr.med. C. ___ auch ausführlich begründet habe.

6.12 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. N. ___ vom 25. Mai 2020 (Suva-Nr. 300) wurde dargelegt, betreffend die Beinschmerz-Symptomatik, welche aktuell nicht gänzlich erklärbar sei, werde eine MRI-Untersuchung (Open-MRI in der [...]) versucht. Der Beschwerdeführer habe solches im Dezember 2019 abgebrochen. Er stelle sich die Frage

nach entzündlichen Veränderungen / aktivierten Arthrosen im Bereich der Facettengelenke tief lumbal und im Bereich des Iliosacralgelenkes linksseitig (hier gebe der Beschwerdeführer auch nächtliche und frühmorgendliche Schmerzen an). In der klinischen Untersuchung zeige sich aktuell kein sicheres sensomotorisches Defizit entsprechend einer Radix. Es bestehe hingegen eine deutliche muskuläre Dysbalance mit verkürzter posturaler Muskulatur, welche im Rahmen der Physiotherapie ausgedehnt werden sollte. Dr. med. N.____ werde den Beschwerdeführer nach erfolgter MRI-Untersuchung der LWS / Koronarschnitte ISG im Open-MRI in der [...] wieder sehen. Zu diesem Zeitpunkt sei der Einsatz einer gezielten Physiotherapie für die Glutealmuskulatur, für die ISG-Dysfunktion inkl. Kraftaufbau-Training vorgesehen. Betreffend die Fuss-Problematik wolle der Beschwerdeführer sich nochmals beim Fuss-Team vorstellen, auch mit der Frage nach anderweitigen Therapie-Optionen (evtl. doch einer speziellen Schuhbettung etc.). Diesbezüglich werde das Fuss-Team gebeten, den Beschwerdeführer direkt aufzubieten.

6.13 Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 66 ff.) die chirurgische Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E.____ vom 16. Juni 2020 (A.S. 71 f.) beim Versicherungsgericht ein. Diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass es bei der Erstellung der Beurteilung vom 21. April 2020 bedauerlicherweise zu einem Fehler gekommen sei. Bei der Übertragung der Röntgenbilder aus dem PACS sei versehentlich das Bild vom 15. Juli 2019 und nicht das Röntgenbild vom Unfalltag übertragen worden. Durch diesen Irrtum bestehe der falsche Eindruck einer Einschätzung der vorbestehenden Deformität im Bereich des verletzten Fusses. Um diesen Fehler zu korrigieren, werde hier das passende Röntgenbild vom 20. April 2017 jetzt angezeigt. Wie bereits in der Fussnote zu diesem Röntgenbild erwähnt worden sei, sei auf diesen Aufnahmen sehr gut zu erkennen, welche Deformität des Fusses unfallunabhängig bereits bestanden habe. Neben der unbestrittenen Verletzung des V. Strahles im Metatarsale liege hier eine Deformität insbesondere des ersten Strahles vor, die zu diesem Zeitpunkt vorbestehend sei. Davon ausgehend, dass eine solche Deformierung des I. Strahles aufgrund der Verletzung des V. Strahles entstehen würde, setze voraus, dass zum Unfallzeitpunkt diesbezüglich keine Deformität im Bereich des Metatarsale I der Grosszehe bestehe. Das könne jedoch anhand der Röntgenaufnahmen vom 20. April 2017 deutlich widerlegt werden. Es ergebe sich daher kein Grund an einer generellen Korrektur der Beurteilung vom 21. April 2020.

6.14 Ebenfalls im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer den Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 9. Oktober 2020 (Urkunde Nr. 3) ein (VSBES.2020.68 / A.S. 83 f.). Diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund von persistierenden Schmerzen im linken Fuss sowie Schwierigkeiten beim Laufen mit Überbelastung vom MTP I-Gelenk mit kompensatorischer Hallux valgus-Stellung vorgestellt habe. Er arbeite als Bauarbeiter zu 50 %, was bei oben genannten Beschwerden nicht mehr gehe. Es werde die operative Versorgung empfohlen. Es würden eine Korrekturosteotomie os Metatarsale V, Hallux valgus-Korrektur (Chevron-Akin), Weilosteotomie II bis IV sowie Hohmann II bis IV, Transfixation II bis IV Strecksehnenrevision II bis V und Sesamoid-Shaving erfolgen. Der Beschwerdeführer sei ausführlich über die Operation aufgeklärt worden und er sei mit dem Vorgehen einverstanden. Die Operation werde zeitnah geplant.

6.15 Mit Eingabe vom 12. November 2020 reichte der Beschwerdeführer sodann den Operationsbericht des Spitals D.____ vom 23. Oktober 2020 (Urkunde Nr. 4) ein

(VSBES.2020.68 / A.S. 85 ff.). Bei schmerzhafter posttraumatischer Fehlstellung Dig. V mit konsekutiver Luxation der V. Kleinzehe komme es bei persistierender Situation zunehmend zur Kontraktur und Luxation der restlichen Kleinzehen sowie medialer Überlastung und Dekompensation des Hallux valgus. Daher sei die Indikation zur Korrekturosteotomie sowohl am V. als auch am I. Strahl, Einstellen der Länge der restlichen Strahlen und Hammerzehenkorrektur nach Verlängerung der Extensoren gestellt worden. Die Operation sei am 22. Oktober 2020 durchgeführt worden.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Februar 2020 in der Hauptsache auf die Stellungnahme der Kreisärztin Dr. med. C. ___ vom 14. Februar 2018 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) und die dieser zugrundeliegenden Austrittsberichte der Klinik J. ___ vom 22. November 2017 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) und 15. Dezember 2017 (vgl. E. II. 5.10 hiervor), weshalb nachfolgend zu prüfen ist, ob dies korrekt ist.

7.1 Der Beschwerdeführer beanstandet das Abstellen auf die Austrittsberichte der Klinik J. ___ vom 22. November und 15. Dezember 2017. Er sei nicht darüber informiert worden, dass er sich nicht nur zur Behandlung, sondern auch zur medizinischen Abklärung der Arbeitsfähigkeit in der Klinik J. ___ aufhalten würde, weshalb auf die Einschätzungen dieser Klinik nicht abgestellt werden könne. Die Berichte der Klinik J. ___ seien gemäss BGE 136 V 117, soweit zur Zumutbarkeit Stellung genommen werde, aus den Akten zu entfernen (Beschwerde Ziff. 7 S. 9; A.S. 20).

7.2 Das Bundesgericht erkannte in besagtem Entscheid BGE 136 V 117, dass die Suva das Recht auf Selbstbestimmung, welches Teil des Anspruchs auf persönliche Freiheit bildet, und den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, wenn sie die medizinische Begutachtung einer versicherten Person während eines Rehabilitationsaufenthaltes durch die behandelnden Ärzte ohne Wissen der Betroffenen anordnet. Sofern die versicherte Person oder ihr Rechtsanwalt vor Beginn des Klinikaufenthaltes nicht realisieren konnten oder mussten, dass der von der Suva angeordnete Rehabilitationsaufenthalt zusätzlich der gutachterlichen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts dient, ihnen somit vor Anordnung der medizinischen Begutachtung keine Gelegenheit geboten wurde, zur Notwendigkeit und Zumutbarkeit Stellung zu nehmen, liegt ein Eingriff in das Recht auf körperliche und geistige Integrität vor, welches zum Schutzbereich des Anspruchs auf persönliche Freiheit gemäss Art. 10 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) und Art. 8 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) gehört. Die diesbezügliche Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist schwerwiegend und mit Blick auf die Garantie als Teilgehalt des Gebots des fairen Verfahrens (Art. 29 Abs. 1 BV bzw. Art. 6 Ziff. 1 EMRK) besteht ein grundsätzliches Verwertungsverbot bezüglich des widerrechtlich erlangten Beweises (BGE 136 V 117 E. 4.2 S. S. 125 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C_922/2012 vom 26. Februar 2013 E. 3.2, je mit Hinweisen).

7.3 Unbestritten ist, dass im Rahmen des Rehabilitationsaufenthaltes des Beschwerdeführers in der Klinik J. ___ auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit erfolgen sollte und die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer weder vor dem Klinikeintritt noch während des Klinikaufenthaltes darüber informierte, dass sie auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Eingliederungsperspektive vornehmen werde. Der Kreisarzt Dr. med. univ. O. ___ gab im Anmeldeformular vom 9. November 2017 zur stationären Rehabilitation (Suva-Nr. 75) als Hauptziel des Klinikaufenthaltes die

medizinische Zielsetzung (allgemeine Verbesserung von Funktionen und Aktivität, medizinische Standortbestimmung) an. Im Weiteren wurden auch (als Nebenziel) die berufliche Zielsetzung (berufliche Reintegration, Klärung der beruflichen Perspektiven, Steigerung der Arbeitsfähigkeit) wie auch die Beurteilung der Zumutbarkeit (Vorbereitung Fallabschluss) angegeben. In ihrem Informationsschreiben an den Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. P. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. November 2017 (Suva-Nr. 78), führte die Beschwerdegegnerin lediglich aus, gemäss Empfehlung der Kreisärztin werde der Beschwerdeführer für einen stationären Aufenthalt in der Klinik J. ____ angemeldet. Nachdem der Austrittsbericht der Klinik J. ____ vom 15. Dezember 2017 erstattet worden war, wurden keine weiteren medizinischen Abklärungen mehr vorgenommen. Die Kreisärztin Dr. med. C. ____ nahm am 14. Februar 2018 abschliessend Stellung zum medizinischen Sachverhalt (vgl. E. II. 5.12 hiavor; Suva-Nr. 114) und stützte sich dabei hauptsächlich auf den Austrittsbericht der Klinik J. ____ vom 15. Dezember 2017 nach Abschluss der ambulanten Therapie, ohne den Beschwerdeführer persönlich untersucht oder eine eigene medizinische Beurteilung vorgenommen zu haben. Damit steht fest, dass der angeordnete Rehabilitationsaufenthalt auch der gutachterlichen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts diene. Unter diesen Umständen hätte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vorgängig Gelegenheit geben müssen, zur Notwendigkeit und Zumutbarkeit der Abklärung der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. In diesem Lichte können die Austrittsberichte der Klinik J. ____ vom 22. November 2017 (vgl. E. II. 5.9 hiavor) und 15. Dezember 2017 (vgl. E. II. 5.10 hiavor) in Anbetracht der dargelegten Rechtsprechung (vgl. E. II. 7.2 hiavor) nicht verwertet werden und sind aus den Akten zu entfernen. Angesichts dessen, dass die Kreisärztin in ihrer Beurteilung vom 14. Februar 2018 lediglich die Einschätzung der Ärzte der Klinik J. ____ in den Austrittsberichten vom 22. November und 15. Dezember 2017 übernahm, welche nach dem Dargelegten nicht verwertet werden dürfen, lässt sich im vorliegenden Fall bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch nicht auf die Stellungnahme der Kreisärztin abstützen. Da auch die übrigen medizinischen Akten nicht ausreichen, um alleine gestützt darauf allfällige Auswirkungen der unfallkausalen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, sind aus orthopädischer Sicht weitere Abklärungen zu veranlassen.

8. Sodann wird auch der medizinische Sachverhalt betreffend den Rückfall (VSBES.2020.104 / Einspracheentscheid vom 23. April 2020; A.S. 1 ff.) umfassend abzuklären sein. Aus den wiedergegebenen Arztberichten ist ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor Gesundheitsbeeinträchtigungen am linken Fuss vorhanden sind. Dass diese Gesundheitsbeeinträchtigungen zumindest zu einem Teil unfallbedingt sind, steht fest und ist grundsätzlich auch zwischen den Parteien unbestritten. Im Übrigen erweist sich die Aktenlage als weniger klar. Dies betrifft nicht nur die Frage, ob und gegebenenfalls wann der sogenannte medizinische Endzustand eingetreten ist, sondern auch, ob das von den Kreisärzten Dr. med. C. ____ und E. ____ formulierte und von der Beschwerdegegnerin angewandte Zumutbarkeitsprofil sowie die anerkannte Integritätseinbusse die vorliegenden unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen angemessen berücksichtigen.

8.1 Gegen die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach im vorliegenden Fall der medizinische Endzustand Ende Januar 2018 eingetreten sei, spricht vorliegend die ausstehende medizinische Begutachtung, welche auch Voraussetzung dafür ist, um schlüssig über die organisch nachweisbare Funktionseinschränkung am linken Fuss und

damit über die massgebende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit befinden zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 6.2). Sodann steht fest, dass bis zum verfügbaren Einstellungszeitpunkt per 31. März 2020 die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht abschliessend hinreichend therapiert worden sind. Dies trifft schon deshalb zu, weil die Kreisärztin Dr. med. C. ___ selber anlässlich des strittigen Fallabschlusses von der weiteren Therapierbarkeit der Beschwerden ausging. Da sich der Beschwerdeführer dem empfohlenen Korrekturingriff nicht unterziehen wollte, gingen die Kreisärzte sodann von einem medizinischen Endzustand aus. Die Beschwerdegegnerin hat hierbei jedoch übersehen, dass der Versicherer die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung zu treffen hat. Und wenn er an der Mitwirkung der versicherten Person zweifelt, hat er zur Durchsetzung einer zumutbaren medizinischen Behandlung das Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG einzuleiten und eine Leistungskürzung oder -einstellung für den Fall der anhaltenden Verweigerung der zumutbaren therapeutischen Massnahme vorgängig schriftlich anzudrohen (Urteil des Bundesgerichts 8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 6.3 mit Hinweis auf BGE 134 V 189 E. 2 S. 193 f.).

8.2 Bezüglich der Kausalitätsfrage der bestehenden Beschwerden am linken Fuss liegen verschiedene ärztliche Stellungnahmen vor. Insbesondere stehen sich die Äusserungen der Ärzte des Spitals D. ___ und diejenigen der Kreisärzte Dr. med. C. ___ und Dr. med. E. ___ gegenüber. Die behandelnden Ärzte des Spitals D. ___ halten eine posttraumatische, kompensatorische Krallenzehenfehlstellung Dig. V-III und Hallux valgus-Fehlstellung Dig. I links fest und legen dar, der Beschwerdeführer versuche kompensatorisch den Fussaussenrand zu entlasten und gehe aktuell hauptsächlich über dem I. Strahl. Aufgrund dessen komme es dort zu einer Hallux valgus-Bildung am Grosszehen sowie zu einer Hammerzehenkonfiguration aller Zehen auf der linken Seite (Bericht des Spitals D. ___ vom 22. Juli 2019; E. II. 6.4 hiervor). Dr. med. C. ___ führte in ihrer ärztlichen Abschlussbeurteilung vom 22. Januar 2020 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) aus, die geltend gemachten Beschwerden Hallux valgus und die Krallenzehen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 20. April 2017 zurückzuführen. Die Hallux valgus-Veränderung sei beidseits und schon auf den anfänglichen Röntgenbildern zu sehen gewesen, bei vorbestehendem Spreizfuss beidseits. Einzig die Krallenzehe im Bereich des V. Strahls sei unfallkausal. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom Juni 2019 seien die Fussdeformitäten beidseits bildlich dokumentiert worden. Eine Verschlimmerung der vorbestehenden Befunde durch die in Fehlstellung verheilte Fraktur des V. Strahles sei bei nicht konsequentem Tragen der mehrmals orthopädisch angepassten Schuhe möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Am 21. April 2020 nahm sodann der Kreisarzt Dr. med. E. ___ Stellung zum medizinischen Sachverhalt (vgl. E. II. 6.11 hiervor) und führte aus, anlässlich der durchgeführten Primärdiagnostik erkenne man auch die unfallunabhängigen Veränderungen im Bereich des Fusses. So sei zwar eine Fraktur im Bereich des Köpfchens des Metatarsale I zu sehen. Diese habe jedoch keine Gelenkbeteiligung und sei nicht disloziert. Nebenbefundlich zeige sich hier jedoch eine unfallunabhängige Spreizfussbildung mit einem Metatarsale I/II-Winkel von ca. 14° in der unbelasteten Aufnahme sowie ein Hallux valgus-Winkel von 27° . Diese beiden Winkelmessungen würden üblicherweise unter belasteten Aufnahmen etwas zunehmen, zeigten jedoch deutlich die bereits zu diesem Zeitpunkt bestehende Veränderung der Fussstrukturen. Nebenbefundlich zeige sich eine leichte Dorsalfehlstellung der Zehen II-V, wobei lediglich bei der V. Zehe aufgrund der

Frakturen die Veränderung sicherlich nicht als vorbestehend zu identifizieren sei. Die leichte Fehlstellung in Dorsalextension der Zehen II-IV sei jedoch nicht durch das Unfallereignis, sondern durch die Fussdeformität bereits als solche angedeutet zu erkennen. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass die radiologischen Veränderungen des Fuss skeletts zum Teil vorbestehend seien und die gemessene Veränderung des Hallux valgus-Winkels dem normalen Verlauf einer solchen Fussdeformität mit Spreizfussbildung entspreche. So sei neben der unfallbedingten Veränderung an der Lateralseite des Fusses eine auf der Medialseite bestehende Deformität unfallunabhängig bestehend. Die hieraus resultierenden Veränderungen der Stellung der Grundgelenke der Zehen II, III und IV seien im Zusammenhang mit der vorbestehenden Deformierung zu sehen und bereits in der Erstaufnahme zum Unfalltag nachzuweisen gewesen. Nachdem der Beschwerdeführer beschwerdeweise vorgebracht hatte, Dr. med. E.____ stütze sich bei der Beurteilung nicht ■ wie erwähnt ■ auf ein Röntgenbild vom Unfalltag (VSBES.2020.104 / Beschwerde Ziff. 8 S. 16; A.S. 53), wurde er von der Beschwerdegegnerin um eine ergänzende Beurteilung mit korrekten Röntgenbildern gebeten. In seiner Beurteilung vom 16. Juni 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 71 f.) führte Dr. med. E.____ sodann aus, auf den Aufnahmen vom 20. April 2017 sei sehr gut zu erkennen, welche Deformität des Fusses unfallunabhängig bereits bestanden habe. Neben der unbestrittenen Verletzung des V. Strahles im Metatarsale liege eine Deformität insbesondere des ersten Strahles vor, die zu diesem Zeitpunkt vorbestehend sei. Davon ausgehend, dass eine solche Deformierung des I. Strahles aufgrund der Verletzung des V. Strahles entstehen würde, setze voraus, dass zum Unfallzeitpunkt diesbezüglich keine Deformität im Bereich des Metatarsale I der Grosszehe bestehe. Dies könne jedoch anhand der Röntgenbilder deutlich widerlegt werden (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Der Beschwerdeführer wurde bisher bezüglich der Kausalität seiner Fussbeschwerden nie gutachterlich untersucht. Somit wird diese entscheidrelevante Frage im Rahmen der weiteren medizinischen Abklärungen zu beantworten sein.

8.3 Bezüglich der geltend gemachten Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers führte Dr. med. C.____ in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 22. Januar 2020 (Suva-Nr. 252) aus, auf der erstellten Sequenz der MRI-Untersuchung und auf den konventionellen Röntgenbildern stellten sich auf Höhe LWK4/5 und LWK5/S1 leichte Segmentdegenerationen dar. Diese Veränderungen stünden in keinem Zusammenhang mit der erlittenen Fussquetschung und seien deshalb auch nicht unfallkausal. Es lägen keine wissenschaftlichen Arbeiten vor, die einen Zusammenhang zwischen einer Fehlbelastung wegen den Fussbeschwerden und der LWS-Symptomatik bewiesen. Die leichten degenerativen Veränderungen seien im Rahmen von altersentsprechenden Degenerationen zu sehen. Dr. med. C.____ hat von einer konkreten Abklärung des Verhältnisses zwischen Folgen der Behinderung am linken Fuss und der Rückenproblematik abgesehen. Sie hat vielmehr nur allgemein in theoretischer Art und Weise versucht zu beurteilen, dass hier keine schlüssigen Kausalverknüpfungen bestünden. Diese Begründung überzeugt nicht rechtsgenügend, weshalb im Rahmen der medizinischen Abklärungen auch zu beurteilen sein wird, ob ein Kausalzusammenhang zwischen den Fussbeschwerden und der Rückensymptomatik besteht.

8.4 Der Beschwerdeführer verlangt eine Erhöhung des Integritätsschadens am linken Fuss von 10 % um 10 % auf 20 % (VSBES.2020.104 / Beschwerde Ziff. 12 S. 21; A.S. 58 f.). Dem Beschwerdeführer ist insofern beizupflichten, als aus den Beurteilungen des Integritätsschadens der beiden Kreisärzte Dr. med. C.____ vom 7. November 2018 (vgl. E. II. 5.14 hiervor; Suva-Nr. 145) und Dr. med. E.____ vom 21. April 2020

(vgl. E. II. 6.11 hiervor; Suva-Nr. 288) nicht nachvollziehbar hervorgeht, ob nun ein Integritätsschaden anzunehmen ist oder nicht. So führte Dr. med. C. ___ in ihrer Beurteilung aus, unter Berücksichtigung der Suva-Tabelle 2.2. betreffend Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, der Tabelle 6 betreffend Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten und der Tabellen 5 betreffend Arthrosen, erreichten die Restbeschwerden resp. Befunde des Beschwerdeführers kein entschädigungspflichtiges Ausmass (vgl. E. II. 5.14 hiervor). Dr. med. E. ___ hingegen führte in seiner chirurgischen Aktenbeurteilung aus, die anlässlich des Unfalls erlittene knöcherner Deformität des V. Strahls sei unbestritten, dies habe auch Einfluss auf die Stabilität des lateralen Fussrandes. Diese Fehlstellung wäre auch durch die Korrekturosteotomie nur geringgradig zu verbessern, sodass unabhängig von der Verbesserung insbesondere der Situation im Metatarsophalangealgelenk, die unfallbedingte Deformität des V. Mittelfussknochens eine dauerhafte Veränderung darstelle, die auch Einfluss auf das Tarsometatarsalgelenk V habe. Aus diesem Grunde sei hier, abweichend zur Beurteilung vom 7. November 2018, sehr wohl ein Integritätsschaden gemäss Tabelle 2 zum UVG zu erkennen. Bei erhaltener Kontinuität des Knochens und stabiler knöcherner Ausheilung sei hier eine Integritätseinbusse von 10 % angemessen (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Aus der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E. ___ geht nicht mit genügender Klarheit hervor, welche Position der Integritätsschaden-Tabelle 2 zur Anwendung gelangt ist. Auch im Einspracheentscheid vom 23. April 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 15) führt die Beschwerdegegnerin einzig aus, es erscheine eine Integritätsentschädigung von 10 % als angemessen, ohne dies näher zu erläutern. Offensichtlich ist dieser Wert jedenfalls nicht. Demnach ist auch in diesem Punkt nochmals eine ärztliche Beurteilung des Integritätsschadens einzuholen, um anschliessend mit nachvollziehbarer Begründung über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Integritätsentschädigung neu entscheiden zu können.

9. Nach dem Dargelegten erweist sich die Sache als nicht spruchreif. Somit sind in Gutheissung der Beschwerden die angefochtenen Einspracheentscheide vom 24. Februar und 23. April 2020 aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über ihre Leistungen neu entscheide. Angesichts der Umstände erscheint die Einholung eines versicherungsunabhängigen orthopädischen Gutachtens angezeigt.

10.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, 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). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

Der Vertreter des Beschwerdeführers macht mit Kostennoten vom 3. September 2020 (A.S. 77 f.) und 12. April 2021 (A.S. 90 ff.) einen Aufwand von insgesamt 19,37 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagen von insgesamt CHF 589.70 geltend. Nach der Praxis des Versicherungsgerichts ist das Studium des Einspracheentscheids noch dem Verwaltungsverfahren zuzuordnen (ebenso wie das Studium des vorliegenden Entscheids unter dem Titel der Nachbearbeitung zum kantonalen Gerichtsverfahren gezählt wird). Der

entsprechende Aufwand von 0,67 Stunden am 14. Mai 2020 ist daher nicht zu berücksichtigen. Im besagten Zeitaufwand ist auch reiner Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dies betrifft die Positionen («Brief an Klientin») von jeweils 0,17 Stunden am 25. März, 30. März, 25. Mai, 4. Juni, 29. Juni, 23. Juli, 9. September, 21. Oktober, 30. Oktober, 18. November 2020, bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist sowie das Fristerstreckungsgesuch vom 14. Juli 2020 von 0,25 Stunden und die Eingabe der Kostennote am 12. April 2021 von 0,25 Stunden. Zudem wird bei Obsiegen der nachprozessuale Aufwand praxisgemäss auf 0,5 Stunde festgelegt. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind die in den Kostennoten aufgeführten Auslagen für die Kopien der Suva-Akten von CHF 161.00 und CHF 133.00. So ist es dem Vertreter zuzumuten, diese von der Suva kostengünstig in elektronischer Form einzuverlangen. Schliesslich sind Kopien pro Stück mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 158 Abs. 3 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

Gesamthaft reduziert sich der zu berücksichtigende Aufwand um 3,37 Stunden auf 16 Stunden, was mit Blick auf die Komplexität des Sachverhalts als angemessen erscheint. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00, den Auslagen von CHF 181.20 sowie der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 4'503.15.

10.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

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

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

E. 5

Gegen den Einspracheentscheid vom 23. April 2020 betreffend den geltend gemachten Rückfall lässt der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. Mai 2020 beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (VSBES.2020.104 / A.S. 38 ff.): 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 23. April 2020 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 10. März 2020 seien vollumfänglich aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30. April 2020 hinaus weiterhin die vollumfänglichen Leistungen nach UVG, insbesondere vorderhand Taggelder nach

Massgabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowie die Übernahme der Kosten der Heilbehandlungen, zu gewähren. 3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines 100%igen Invaliditätsgrades sowie eine Integritätsentschädigung in der Höhe von 20 %, ausmachend Fr. 29'640.00, zu entrichten und es seien die Kosten für die Heilbehandlungen nach Massgabe von Art. 21 UVG zu übernehmen. 4. Subeventualiter sei die Streitsache in Gutheissung der Beschwerde zwecks Initiierung einer externen orthopädisch-chirurgischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zudem stellt der Beschwerdeführer folgende Verfahrensanträge: 1. Das vorliegende Beschwerdeverfahren betreffend Rückfall (Einspracheentscheid vom 23. April 2020) sei mit dem Beschwerdeverfahren VSBES.2020.68 (Verfahren betreffend Grundfall, Einspracheentscheid vom 24. Februar 2020) zu vereinigen. 2. Eventualiter sei dem Unterzeichneten Frist zur ergänzenden Begründung der vorliegenden Beschwerde zu gewähren oder es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen. 6. Mit Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 66 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 7. Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 26. Juni 2020 (VSBES.2020.68 / A.S. 62 f.) werden die Verfahren VSBES.2020.68 und VSBES.2020.104 vereinigt und unter VSBES.2020.68 weitergeführt. 8. Mit Eingabe vom 3. September 2020 (A.S. 69 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote ein und der Beschwerdeführer lässt sich abschliessend vernehmen. 9. Am 21. Oktober 2020 lässt der Beschwerdeführer einen Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 9. Oktober 2020 (Urkunde-Nr. 3) einreichen (A.S. 80 ff.). 10. Mit Eingabe vom 12. November 2020 lässt der Beschwerdeführer einen Operationsbericht des Spitals D.____ vom 23. Oktober 2020 (Urkunde-Nr. 4) einreichen (A.S. 85 ff.). 11. Am 12. April 2021 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzte Kostennote ein (A.S. 89 ff.). 12. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerden ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Einspracheentscheide vom 24. Februar bzw. 23. April 2020 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109). 1.3 Die revidierte Fassung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden auch einige Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) angepasst. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da im vorliegenden Fall ein Ereignis vom 20. April 2017 zu beurteilen ist, ist das neue Recht anwendbar. 2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte

Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.5 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss 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 entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt

für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (s. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.).

2.6 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 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, sodass die Adäquanz praktisch keine Rolle spielt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger 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 leistungs begründende 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 blossen Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, 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_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2, je mit Hinweisen).

2.8 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. 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. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_521/2008 vom 5. Dezember 2011 E. 2.2.2 und 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, je mit Hinweisen).

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 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 der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

3.2 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 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Der Beschwerdeführer macht Leistungsansprüche aus dem Unfallereignis vom 20. April 2017 geltend. Die Beschwerdegegnerin hat Leistungen für das genannte Ereignis erbracht. In ihrem Einspracheentscheid vom 24. Februar 2020 führte sie aus, spätestens am 1. Februar 2018 müsse von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden und es sei der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht gewesen. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 7 %, so dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Da die Restbeschwerden resp. Befunde des Beschwerdeführers kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreichten, habe der Beschwerdeführer auch keinen Anspruch auf eine

Integritätsentschädigung. In Bezug auf den am 12. Dezember 2018 gemeldeten Rückfall vertritt die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 23. April 2020 die Meinung, die geklagten Rückenbeschwerden, der Hallux Valgus und die Krallenzehenbildung der Zehen II – IV seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Einzig die Krallenzeh im Bereich des V. Strahls sei unfallkausal. Eine Verbesserung wäre einzig durch eine Operation möglich. Nachdem der Beschwerdeführer eine solche jedoch letztlich nicht habe durchführen wollen, sei eine namhafte Besserung nicht zu erwarten, denn die in Fehlstellung verheilte Fraktur könne nicht anders als durch eine Operation behandelt werden. Da somit im Moment der Verfügung vom 10. März 2020 von einem Endzustand auszugehen gewesen sei bzw. der Rückfall habe abgeschlossen werden können, bestehe kein Anspruch mehr auf Heilkosten nach dem 31. März 2020 und auf Taggelder nach dem 30. April 2020. Was die zumutbare Arbeitsfähigkeit anbelange, so stimme das für den Rückfall festgelegte Zumutbarkeitsprofil mit dem Profil überein, welches die Kreisärztin im Bericht vom 15. Februar 2018 dargelegt habe und nehme somit Rücksicht auf die Besonderheiten der Folgen des Unfalls vom 20. April 2017. Nachdem nun dasselbe Zumutbarkeitsprofil gelte und der Rückfall abgeschlossen sei, sei die Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht abgelehnt worden. In teilweiser Gutheissung der Einsprache werde dem Beschwerdeführer jedoch eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einbusse von 10 % zugesprochen. Der Beschwerdeführer macht zusammenfassend geltend, erstens sei betreffend den Rückfall der Zeitpunkt für den Fallabschluss noch nicht erreicht und zweitens sei von einem höheren Invaliditätsgrad und einem höheren Integritätsschaden auszugehen. Praxisgemäss rechtfertigt es sich, das Unfallereignis und den gemeldeten Rückfall je einzeln zu behandeln, wobei abschliessend eine Gesamtbetrachtung anzustellen sein wird.

5. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt des Einsprache-Entscheides vom 24. Februar 2020 (VSBES.2020.68 / A.S. 1 ff.) im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Dem Operationsbericht vom 20. April 2017 des Spitals G. ___ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (Suva-Nr. 25): Quetschtrauma Fuss links · III.-gradig offene, mehrfragmentäre Metatarsale V-Fraktur · RQW plantar bis interdigital IV/V und I/II · Décollement-Verletzung plantar · wenig dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur Weiter wurde dargelegt, der Beschwerdeführer habe am 20. April 2017 ein Quetschtrauma des linken Fusses erlitten, als ihm ein Gabelstapler über den Fuss gefahren sei. Er habe Arbeitsschuhe getragen. Auf der Notfallstation habe sich eine III.-gradig offene Fraktur des Metatarsale V sowie eine grosse RQW plantarseits von interdigital I/II beginnend nach interdigital IV/V ziehend gezeigt. Im Weiteren habe sich im Röntgenbild noch eine dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur neben der mehrfragmentären Metatarsale feststellen lassen. Es sei die Indikation zur operativen Therapie gestellt worden.

5.2 Dem Austrittsbericht des Spitals G. ___ vom 25. April 2017 (Suva-Nr. 29) lässt sich entnehmen, es sei die stationäre Aufnahme zur notfallmässigen Wundversorgung im Operationssaal erfolgt. Am 22. April 2017 sei der geplante Second look und auf Grund der noch vorhandenen Schwellung die Anlage eines V.A.C.-Verbandes erfolgt. Die postoperative radiologische Stellungskontrolle habe eine korrekte Lage des Fixationsmaterials bei zufriedenstellender Reposition gezeigt. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei am 24. April 2017 die heimatnahe Verlegung ins Spital H. ___ zur weiteren Therapie erfolgt.

5.3 Dem Austrittsbericht des Spitals H. ___ vom 25. April 2017 (Suva-Nr. 62) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Quetschtrauma Fuss links mit/bei · III.-gradig offene mehrfragmentäre Metatarsale V Fraktur · RQW plantar bis interdigital IV/V und I/II · Décollementverletzung plantar · wenig dislozierte Metatarsale

I-Köpfchenfraktur · St.n. Débridement, Lavage und Wundverschluss plantar; Fadencerclage Metatarsale V, Transfixation Metatarso-V-Cuboidalgelenk, Dermatofasziotomie dorsal auf Höhe Metatarsale II und Epigarddeckung dorsal am 20. April 2017 im Spital G.____ Weiter wurde ausgeführt, bei auffälliger Supinationsstellung des Fusses sei am 26. April 2017 zum Ausschluss einer Begleitfraktur der Fusswurzelknochen / OSG ein Röntgen des Fusses sowie des OSG links erfolgt. Dieses habe eine Erweiterung des Gelenkspaltes im OSG mit V. a. Instabilität des Gelenkes gezeigt. Bei Verdacht auf eine komplexe Bandläsion des OSG habe man sich für die Anlage eines gespaltenen Unterschenkelgipses zur korrekten Fuss-Stellung entschieden. Das Stellungsröntgen im Gips vom 28. April 2017 habe verbesserte Stellungsverhältnisse bei schmerzbedingt noch nicht gänzlicher Dorsalextension auf 90° gezeigt. Es sei dementsprechend am 1. Mai 2017 nach weiterer Anschwellung die erneute Anpassung eines gespaltenen Unterschenkelgipses mit Dorsalextension bis auf 90° erfolgt. Bei gut regredienten Entzündungswerten habe die intravenöse Antibiose mit CoAmoxicillin am 26. April 2017 oralisiert werden können. Die Wunde habe sich reizlos gezeigt, sodass am 3. Mai 2017 von der VAC Therapie auf eine Wundversorgung mittels Sorbion Sachet umgestiegen worden sei. Bei weiterhin gut regredienter Schwellung werde ein operatives Vorgehen mit voraussichtlich angestrebtem Direktverschluss am 10. Mai 2017 empfohlen. Der Beschwerdeführer habe bis dahin in gutem Allgemeinzustand sowie bei reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können.

5.4 Dem Sprechstundenbericht Traumatologie des Spitals H.____ vom 11. Juli 2017 (Suva-Nr. 44) lässt sich entnehmen, dass sich nun nach viel Geduld eine abgeschlossene Wundheilungssituation mit trockenen und reizlosen Weichteilverhältnissen zeige. Klinisch störend sei weiterhin die deutliche Schmerzsymptomatik mit unmöglicher Mobilisation bei starker Klinik des fünften Strahles. Radiologisch zeige sich eine zunehmende Konsolidierung der beschriebenen Frakturen. Aufgrund der unbefriedigenden Mobilisations- und Symptomatiksituation werde der Beschwerdeführer der fussorthopädischen Fachärztin Frau Dr. med. I.____ im Hause vorgestellt und der Beschwerdeführer in ihre Sprechstunde verwiesen. Es werde Dr. med. I.____ überlassen, den Entscheid über eine allfällige weitergehende radiologische Diagnostik zu fällen.

5.5 Dr. med. I.____, Leitende Ärztin, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Spital H.____, stelle in ihrem Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2017 die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 48): Quetschtrauma Fuss links am 20. April 2017 mit/bei · 3.°ig offene, mehrfragmentäre Metatarsale V Fraktur · Rissquetschwunde plantar bis interdigital IV/V und I/II · Décollement-Verletzung plantar · wenig dislozierte Metatarsale-I-Köpfchenfraktur · Status nach Débridement, Lavage und Wundverschluss plantar; Faden-Cerclage Metatarsale V, KD-Transfixation Metatarso V Cuboidalgelenk, Dermatofasziotomie dorsal auf Höhe Metatarsale II und Epigard-Deckung dorsal am 20.04.2014 im G.____ Weiter führte Dr. med. I.____ aus, allenfalls bestehe eine plantare Hyperpression bei möglicher Malunion, wahrscheinlicher sei aber eine aktuelle Hyperalgesie nach diesem Quetschtrauma. Sie empfehle den Verlauf abzuwarten, aber die Gehleistung sollte eigentlich verbesserbar sein mit einem sohlenversteiften Schuh mit Abrollrampe (Typ Xelero oder Zoot), bei offenerer Schwellungsneigung auch Versorgung mit Kompressionsstrumpf. Der Draht sei noch zu entfernen, die Ehefrau habe Geburtstermin in den nächsten ein bis drei Wochen, so dass der Beschwerdeführer noch abwarten möchte. Da dies die Rehabilitation nicht verzögere, sei dies gut möglich, auch nicht ungewünscht bei noch nicht vollständiger Frakturkonsolidation. Allenfalls könne vor Operation dann noch eine CT-Untersuchung zur Dokumentation mit Positionierer oder allenfalls sogar stehendes CT in [...] je nach Verlauf

nötig sein. Die Arbeitsfähigkeit für stehende und gehende Tätigkeiten bleibe bei 0 % bis zur nächsten Kontrolle in vier Wochen. 5.6 Mit Sprechstundenbericht vom 28. August 2017 (Suva-Nr. 61) legte Dr. med. I.____ dar, der Beschwerdeführer habe noch Restbeschwerden, der Draht liege wahrscheinlich teilweise in den Weichteilen, das CC Gelenk perforiere der Draht eher nicht, sie könne dies aber nicht ausschliessen. Sie empfehle weiterhin dessen Entfernung, auch um ihn als Schmerzursache auszuschliessen und allenfalls nötige weitere Diagnostik nicht zu behindern. Der Beschwerdeführer sei einverstanden. Die Operation werde für den 13. September 2017 geplant. Im Moment bestehe als Lagermitarbeiter weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit 5.7 Im Sprechstundenbericht vom 9. Oktober 2017 (Suva-Nr. 68) berichtete Dr. med. I.____, dass sich der Beschwerdeführer schmerzbedingt immer noch komplett ausserstande sehe, eine Arbeit aufzunehmen. Von den Strukturen her wäre eine unlimitierte Vollbelastung möglich. Sie empfehle deshalb die Vorstellung beim Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, insbesondere mit der Frage nach einer stationären Reha. Vorgängig würden sie mittels MRI noch behandlungswürdige Strukturpathologien ausschliessen. Bis zur nächsten Kontrolle solle Ergotherapie zur Desensibilisierung unterstützend wirken. 5.8 In ihrem Sprechstundenbericht vom 16. Oktober 2017 (Suva-Nr. 70) berichtete Dr. med. I.____ über deutliche Krallenzehenfehlstellung der Kleinzehen zunehmend zum lateralen Strahl hin. Die Metatarsale-Köpfchen IV/V seien sehr prominent und druckdolent plantar. Der Fussrücken sei intermittierend hyperalgisch auf Berührung, allerdings nicht bei Ablenkung (Beschwerdeführer telefoniere während der Sprechstunde). Die Peronei könnten gut aktiviert werden, insbesondere wenn er abgelenkt sei. Der Beschwerdeführer habe eine Metatarsalgie über den Metatarsale-Köpfchen IV/V, hier könnte das angepasste Schuhwerk mit Softspot und Vorfussrolle helfen, der Beschwerdeführer trage aber lieber eigene Turnschuhe. Bezüglich der Hyperalgesie des Fussrückens frage sich Dr. med. I.____, wie einschränkend dieser Schmerz tatsächlich sei, da er ablenkbar sei. Im Weiteren zeige der Beschwerdeführer aber keine Compliance zur ergotherapeutischen Behandlung. Bezüglich den Krallenzehen mit darauffolgender Metatarsalgie gebe es klar eine Strukturpathologie, hier könne sie dem Beschwerdeführer die Extensorenverlängerungstenotomie und Korrekturosteotomien zumindest von IV und V anbieten. Der Beschwerdeführer zeige keinerlei Bereitschaft zur Diskussion bezüglich Behandlungsoptionen. Er sei "jetzt bei der Suva", es sei klar, dass er nicht arbeiten könne, den Schuh habe er, die Desensibilisierungsübungen mache er schon manchmal, bezüglich pro oder contra Operation wolle er keine Aussage machen. Er wolle dies mit dem Hausarzt besprechen. Im Moment sei der Abschluss mangels Therapiewunsch angezeigt. Im Weiteren empfehle Dr. med. I.____ weiterhin die stationäre Rehabilitation z.B. in der J.____. Beim Vorbringen des Unfallscheines habe der Beschwerdeführer gemeint, dass er die schon einmal angepassten Schuhe weggeworfen habe. Sie seien verdreht gewesen. Er bitte nun doch nochmals um Rezeptierung von neuen Schuhen. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. I.____ aus, in der angestammten Tätigkeit im Lager sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, von ihrer Seite her für nochmals einen Monat, danach gemäss Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin und / oder den Hausarzt. 5.9 Am 22. November 2017 erging der Austrittsbericht der Klinik J.____ (Suva-Nr. 85) mit folgenden Diagnosen: Unfall vom 20. April 2017: Von Stapler angefahren worden · Quetschtrauma Fuss links mit III.-gradig offener, mehrfragmentärer Metatarsale V-Fraktur, RQW plantar bis interdigital IV/V und I/II, Décollement-Verletzung plantar, wenig dislozierter Metatarsale I-Köpfchenfraktur - 20. April 2017 Débridement, Lavage, Wundverschluss plantar,

Fadencerclage Metatarsale V, Transfixation Metatarso-V-Cuboidalgelenk, Wundverschluss mit dorsalem Verschiebelappen und Deckung des Hebedefektes mit Epigard - 11. Juli 2017 Röntgen OSG und Fuss links in zwei Ebenen: Unverändert liegender Spickdraht zwischen Basis Os metatarsale V und Os cuboideum, keine Lockerungszeichen oder Migrationstendenz. Unveränderte Fragmentstellung der bekannten mehrfragmentären Fraktur Os metatarsale V, zunehmende endostale Konsolidierung. Zunehmende Konsolidierung der bekannten Schaftfraktur Grundglied Strahl V - 28. August 2017 Röntgen Fuss links dp/lat stehend vom 28. August 2017: Die Frakturen sind durchgebaut. -

E. 9

Oktober 2017 Sprechstunde H.____: Von den Strukturen her wäre eine unlimitierte Vollbelastung möglich. -

E. 12

Oktober 2017 MRI OSG/Fuss links: Noch etwas Ödem im Calcaneus antero-inferior, die Beschwerden nicht erklärend. Dokumentation der Subluxation des MTPV. Ansonsten nichts zusätzliches zum Bekannten. Psychiatrische Diagnosen (August 2017) Psychosomatisches Konsilium, J.____: V.a. Anpassungsstörung mit erhöhter Reizbarkeit und Ängsten (ICD-10: F43.23). V.a. akzentuierte, am ehesten impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) Weiter wurde festgehalten, der Austritt sei frühzeitig am 20. November 2017 auf ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers in Absprache mit der Beschwerdegegnerin erfolgt. Durch den kurzen Aufenthalt habe keine relevante Befundverbesserung erzielt werden können. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht aktuell nur ungenügend erklären. Die Fraktur sei konsolidiert. Die Krallenzehen seien vorbestehend und etwaige Einschränkungen gingen nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Statt des stationären Aufenthalts finde ein intensives ambulantes Therapieprogramm im [...] statt. Der Beschwerdeführer habe die Möglichkeit, sich damit optimal auf die Stellensuche vorzubereiten. Der Beschwerdeführer scheine sehr eigene Vorstellungen bezüglich des weiteren Verlaufs zu haben, so habe er z.B. auf die Frage, ob er sich für irgendeine Arbeit arbeitsfähig fühle, geantwortet, dass er dann arbeiten gehe, wenn das sein Hausarzt bestimme. Während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Die diagnostische Beurteilung des psychischen Zustandes aufgrund eines einmaligen Kontaktes sei allenfalls nur beschränkt möglich. Es bedürfe einer weiteren ausführlichen Diagnostik (am ehesten diagnostische Abklärung des Persönlichkeitsspektrums). Der Beschwerdeführer habe während der psychosomatischen Exploration eine gereizte, innerlich unruhige und frustrierte Grundstimmung gezeigt. Die sozialen Fertigkeiten seien offensichtlich defizitär. Insgesamt könne die psychopathologische Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung mit Gereiztheit und neuerdings panikartigen Anfällen diagnostiziert werden, sei jedoch wohl eher mit akzentuierten Persönlichkeitszügen von impulsiver Ausprägung (vorbestehend) in Verbindung zu bringen. Der Beschwerdeführer habe sich während der kurzen Aufenthaltsdauer nur teilweise an Abmachungen gehalten und beim körperlichen Belastungstest sei er motiviert gewesen und habe überall das funktionelle Limit erreicht. Falls eine psychische Störung im Sinne einer Anpassungsstörung mit akzentuierten Persönlichkeitszügen vorhanden sei, begründe sie keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. 5.10 Im Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 15. Dezember 2017

für ambulante Rehabilitation vom 22. November bis 7. Dezember 2017 (Suva-Nr. 97) wurde dargelegt, gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunden das Ausmass der geltend gemachten Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Bereiche des seitlichen Fussrandes rechts zwar teils in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität erklären. Das Beschwerdebild werde im Rahmen einer mässigen Symptomausweitung überlagert. Aus heutiger Sicht könne davon ausgegangen werden, dass es sich bei der aktuellen Schmerzproblematik um einen vorübergehenden Zustand handle und unter Berücksichtigung der Verletzungsfolgen des Unfalls vom 20. April 2017 am Fuss rechts mittel- bis langfristig gesehen von keinerlei dauerhaften Unfallfolgen auszugehen sei. Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm hätten auf eine mässige Symptomausweitung hingewiesen. Die Beschreibung der Schmerzen sei wenig differenziert, das Schmerzverhalten nicht ganz adäquat gewesen. Das Leistungsverhalten werde als fraglich beurteilt. Die Konsistenz sei mässig gewesen (es hätten sich einige Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten gefunden). Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werde aus folgenden Gründen als negativ gewertet: In den Gesprächen sei eine starke Fokussierung auf den Schmerz mit mangelnder Ablenkbarkeit zu erkennen, auch mit namhafter Unterstützung durch das Rehateam seien keine konkreten aktivitätsbezogenen Ziele verhandelbar, mehrere Termine in den Therapien seien verspätet oder unentschuldigter Weise gar nicht wahrgenommen worden, es seien keine Fortschritte erzielt worden, soweit zumindest aus ärztlicher Sicht zu erwarten gewesen sei. Mit dem Beschwerdeführer hätten keinerlei erfolgsversprechenden Ziele auf Aktivitätsebene erarbeitet werden können. Deshalb sei eine Zusammenarbeit mit ihm schwierig gewesen. Er habe sich unmotiviert für die Therapien gezeigt, habe sich nicht an Vorgaben und Abmachungen innerhalb des Settings gehalten. Während des Aufenthalts hätten in therapeutischer Hinsicht keine Fortschritte erzielt werden können. Aufgrund des Besagten sei die ambulante Reha vorzeitig abgebrochen worden. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit wurde dargelegt, es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können als im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung und ungenügender Kooperation im Behandlungsprogramm hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter sei dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar. Auch andere (mindestens) mittelschwere berufliche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar.

5.11 Am 28. Dezember 2017 nahm die Kreisärztin Dr. med. C. ____, Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, eine erste Beurteilung vor (Suva-Nr. 99). Sie hielt fest, von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Ab sofort könne für die Tätigkeit als Staplerfahrer eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erfolgen. Ansonsten sei ab Januar 2018 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % für mittelschwere Tätigkeiten auszugehen.

5.12 Nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 19. Januar 2018 (Suva-Nr. 102) in Aussicht gestellt hatte, dass die

Taggeldleistungen und Heilungskosten ab 1. Februar 2018 eingestellt würden, und der Beschwerdeführer sich damit nicht einverstanden erklärt hatte (Suva-Nr. 107), nahm die Kreisärztin Dr. med. C.____ am 14. Februar 2018 erneut eine Beurteilung vor (Suva-Nr. 114). Ihrem Bericht lässt sich entnehmen, aufgrund der ausführlichen Beurteilung aus der Klinik J.____ und aufgrund des medizinischen Verlaufes könne zusammengefasst folgende Zumutbarkeitsbeurteilung festgehalten werden: Dem Beschwerdeführer könne eine mittelschwere, ganztägige, wechselbelastende Tätigkeit zugemutet werden. Arbeiten in kniender oder kauender Stellung sollten gemieden werden. Ebenfalls nicht geeignet seien Arbeiten auf unebenem Gelände. Das Steigen auf Leitern oder repetitives Treppensteigen seien ebenfalls zu vermeiden. In einer Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil sei der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2018 zu 100 % arbeitsfähig. Seine angestammte Tätigkeit als Staplerfahrer entspreche der Zumutbarkeitsbeurteilung und sei dem Beschwerdeführer zuzumuten. Der angepasste orthopädische Schuh sei bei der Arbeit immer zu tragen.

5.13 Am 31. August 2018 wurde ein Röntgenbild des linken Fusses angefertigt. Dem hierzu gleichentags erstellten Bericht von Dr. med. K.____, Fachärztin für Radiologie und Kinderradiologie, Röntgeninstitut L.____ (Suva-Nr. 135, 136), lässt sich entnehmen, es lägen keine Vorbilder zum Vergleich vor. Aktuell zeige sich ein Hallux valgus mit einem Valguswinkel von 30 Grad. Ferner sei eine Subluxation im MTP-V-Gelenk festzustellen. Es zeige sich ein mutmasslicher Status nach Metatarsale-V-Fraktur mit hypertropher Kallusbildung und aktuell einer residuellen Abheilung in Fehlstellung. Es seien keine weiteren Frakturen nachzuweisen. Für das Alter bestünden jedoch auffällige, leicht fleckig imponierende Osteopenie, sodass eine Algodystrophie je nach Klinik denkbar wäre. Weiter bestehe ein akzessorisches Os vesalianum. Es lägen keine grössere Weichteilschwellung oder Gelenkserguss vor.

5.14 Am 7. November 2018 nahm Dr. med. C.____ eine Beurteilung des Integritätsschadens vor (Suva-Nr. 145). Darin führte sie aus, der Beschwerdeführer habe am 20. April 2017 ein Quetschtrauma des linken Fusses mit 3°ig offener, mehrfragmentärer Metatarsale V-Schaftfraktur, RQW plantar bis interdigital IV/V und I/II, eine Décollement-Verletzung plantar und eine wenig dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur erlitten. Gleichentags seien ein Débridement sowie eine Fadencerclage am Metatarsale V und eine Transfixation am Metatarsale V Cuboidalgelenk erfolgt. In den aktuellen Röntgenbildern zeige sich ein St. n. Metatarsale V-Fraktur mit hypotropher Kallusbildung und einer residuellen Abheilung in geringer Fehlstellung. Dargestellter Hallux valgus mit einem Valguswinkel von 30° sowie Krallenzehen seien vorbestehend und unfallfremd. Unter Berücksichtigung der Suva-Tabelle 2.2 betreffend Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, der Tabelle 6 betreffend Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten und der Tabellen 5 betreffend Arthrosen, erreichten die Restbeschwerden resp. Befunde des Beschwerdeführers kein entschädigungspflichtiges Ausmass.

5.15 Mit Verfügung vom 30. November 2018 wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und denjenigen auf eine Integritätsentschädigung ab (Suva-Nr. 149). Nachdem der Beschwerdeführer dagegen Einsprache erhoben hatte (Suva-Nr. 166), nahm Dr. med. C.____ am 8. Januar 2019 erneut Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Suva-Nr. 171). Sie legte dar, schon auf den präoperativen Bildern vom 20. April 2016 (recte wohl: 2017) wie auch auf den postoperativen Bildern vom 24. April 2016 (recte wohl: 2017) stelle sich beim Beschwerdeführer ein Spreizfuss mit einer deutlichen Hallux valgus-Deformität und einer entsprechenden Krallenzehenfehlstellung aller Zehen dar. Deshalb sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vorbestehenden

Fussdeformität auszugehen. Eine Akzentuierung der Krallenzehe am Dig. V durch die Metatarsale V-Fraktur sei möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Meistens sei eine Krallenzehe nicht angeboren, sondern entstehe im Laufe des Erwachsenenlebens im Zusammenhang mit übergeordneten Fussdeformitäten wie Plattfuss, Spreizfuss oder Knickfuss und Hallux valgus. Auch bei Lähmungen und einzelnen Nervenkrankheiten könnten sich Krallenzehen entwickeln. Schliesslich werde orthopädisch ungeeignetem Schuhwerk eine krankheitsauslösende Bedeutung zugeschrieben. 6. Im Zeitpunkt des Einspracheentscheidendes vom 23. April 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 1 ff.) kamen zu der bestehenden medizinischen Aktenlage im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte hinzu:

6.1 Nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Eingabe vom 12. Dezember 2018 einen Rückfall zum Unfallereignis vom 20. April 2017 gemeldet hatte (Suva-Nr. 162), holte die Beschwerdegegnerin den Sprechstundenbericht von Dr. med. I.____, Spital H.____, vom 24. Januar 2019 ein (Suva-Nr. 180). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen: Clavus unter MTV wegen Fehlstellung nach Trauma am 20. April 2017 · Quetschtrauma Fuss links am 20. April 2017 mit/bei · posttraumatische Krallenzehenfehlstellung mit Subluxation MTPV · St. n. 3.°ig offene, mehrfragmentäre Metatarsale V Fraktur, Rissquetschwunde plantar bis interdigital IV/V und I/II, Décollement-Verletzung plantar, wenig dislozierte Metatarsale-I-Köpfchenfraktur · OSME KD 13. September 2017 (I.____, Spital H.____) · Status nach Débridement, Lavage und Wundverschluss plantar; Faden-Cerclage Metatarsale V, KD-Transfixation Metatarso V Cuboidalgelenk, Dermatofasziotomie dorsal auf Höhe Metatarsale II und Epigard-Deckung dorsal am 20. April 2014 im Spital G.____ Weiter führte Dr. med. I.____ aus, der Beschwerdeführer klage über eine Druckstelle mit rezidivierendem Clavus unter dem MTP V, wo der Knochen sehr prominent sei. Er komme mit dem Wunsch nach einem Schuh mit dickerer Sohle. Etwas anderes wolle er im Moment nicht. Eine differenzierte Diskussion sei nicht sein Wunsch. Er sei darüber informiert worden, dass ein operatives Abtragen möglich sei. Dr. med. I.____ sei aber auch einverstanden, dass er zuerst eine Schuhversorgung probieren wolle.

6.2 Die Kreisärztin Dr. med. C.____ stellte in ihrem Bericht vom 19. Juni 2019 (Suva-Nr. 204) folgende Diagnosen: St. n. schwerem Quetschtrauma Fuss links vom 20. April 2017 · St. n. drittgradig offener, mehrfragmentärer Metatarsale V-Fraktur, Rissquetschwunde plantar bis interdigital IV/V und I/II, Décollementverletzung plantar, wenig dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur · St. n. Débridement, Lavage und Wundverschluss plantar, Faden-Cerclage Metatarsale V, Kirschnerdraht-Transfixation Metatarso-V-Cuboidalgelenk, Dermatofasziotomie dorsal auf Höhe Metatarsale II und Epigard-Deckung dorsal am 20. April 2017 · St. n. Spickdrahtentfernung am 13. September 2017 · Posttraumatische Krallenzehenfehlstellung mit Subluxation Metacarpophalangealgelenk V Weiter führte Dr. med. C.____ aus, klinisch stelle sich heute vor allem eine auffällige Trophik mit bläulich livider Verfärbung des Fusses dar. Zudem bestehe während der Untersuchung eine Berührungsempfindlichkeit vor allem im lateralen Bereich, die sich aber bei Ablenkung des Beschwerdeführers relativiere. Die Hauptschmerzen seien im Bereiche der in Fehlstellung geheilten Metatarsale V-Fraktur. Im Bereiche des fünften Strahles habe auch die Krallenzehenentwicklung zugenommen. Der Hallux valgus wie auch die Krallenzehen an den anderen Zehen fänden sich an beiden Füßen, sodass die posttraumatische Entwicklung derselben ausser am verletzten fünften Strahl in Frage gestellt werden müsse. Die beschriebenen Beschwerden mit kontinuierlichem Schmerz mit zum Teil Gefühlsstörungen am gesamten Fuss könnte auch auf ein CRPS hinweisen, passend auch zum letzten vorliegenden Röntgenbild, welches eine

diffuse Osteopenie zeige. Auf alle Fälle empfehle sie nun eine Second opinion bei Prof. M. ___ in [...]. Diese werde auch explizit vom Beschwerdeführer gewünscht, der auch mehrmals betone, alles unternehmen zu wollen, damit es seinem Fuss wieder besser gehe. Mit einer Kopie dieses Berichtes werde Prof. M. ___ um ein baldiges Aufgebot gebeten. Bis dahin bleibe der Beschwerdeführer arbeitsunfähig, auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Beschwerdeführer sei arbeitslos. Aufgrund dessen erfolge die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und nicht in der angestammten Tätigkeit als Logistiker. Das weitere Procedere werde sich nach der Beurteilung richten. Die eigentliche Fragestellung wäre, ob durch einen Korrekturingriff die Situation des Beschwerdeführers verbessert werden könnte. Der Beschwerdeführer sei darauf hingewiesen worden, dass er die orthopädischen Massschuhe möglichst immer tragen müsse. Ob ihm eine Umschulung durch die Invalidenversicherung zustehe, müsse durch die Invalidenversicherung selbst nach den gesetzlichen Grundlagen entschieden werden. Es sei von einer bleibenden Einschränkung auszugehen. Der medizinische Endzustand sei aber noch nicht erreicht.

6.3 In ihrem Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2019 (Suva-Nr. 206) führte Dr. med. I. ___ aus, sie sei etwas überrascht gewesen in der Zuweisung zu lesen, der Beschwerdeführer wünsche eine Operation, da sie ihn bisher nicht so erlebt habe. Die Situation stelle sich dann heute prompt anders dar. Der Beschwerdeführer gebe klar an, dass er jetzt zuerst nach [...] müsse, dies müsse er, er könne das gar nicht anders machen, eine Operation könne man jetzt nicht durchführen. Wie immer verweigere er den klinischen Fussuntersuch unter Hinweis auf Schmerzen. Diese seien nach Quetschtrauma prinzipiell glaubhaft und möglich, trotzdem sei es etwas unangenehm, hier eine Beurteilung abgeben zu müssen ohne klinischen Untersuch. Objektivieren könne man aber sicherlich das veränderte Belastungsmuster über die veränderte Behornung, ein Clavus über dem V-er bestehe nicht mehr, dafür aber eine Minderbehornung über den lateralen Strahlen und eine Mehrbehornung der medialen Strahlen, was eigentlich ganz gut die Ausweichhaltung dokumentiere. Im Weiteren könne man die Hyperextension in den Kleinzehen dokumentieren, was zu einem Logensyndrom passen könnte, dies wäre zu verifizieren mit einer neurologischen Untersuchung durch Nadelmyographie der kleinen Fussmuskeln. Sie könne sich aber sehr schwerlich vorstellen, dass der Beschwerdeführer diese Untersuchung akzeptieren würde. Da der Beschwerdeführer wiederum keine aktive Behandlung durch Dr. med. I. ___ wünsche, erlaube sie sich wiederum abzuschliessen.

6.4 Dem Sprechstundenbericht des Spitals D. ___ vom 22. Juli 2019 (Suva-Nr. 210) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Fehlverheilte Metatarsale V-Fraktur mit Luxation des MTP V-Gelenks und Überbelastung des Metatarsale V-Köpfchens sowie posttraumatische, kompensatorische Krallenzehenfehlstellung Dig. V-III und Hallux valgus-Fehlstellung Dig. I links bei · St. n. schwerem Quetschtrauma Fuss links vom 20. April 2017 · St. n. drittgradig offener, mehrfragmentärer Metatarsale V-Fraktur, Rissquetschwunde plantar bis interdigital IV/V und I/II, Décollementverletzung plantar, wenig dislozierte Metatarsale I-Köpfchenfraktur · St. n. Débridement, Lavage und Wundverschluss plantar, Faden-Cerclage Metatarsale V, Kirschnerdraht-Transfixation Metatarso-V-Cuboidalgelenk, Dermatofasziotomie dorsal auf Höhe Metatarsale II und Epigard-Deckung dorsal am 20. April 2017 Klinisch-radiologisch zeige sich eine fehlverheilte Metatarsale V-Fraktur, das MTP V-Gelenk sei chronisch luxiert. Der Beschwerdeführer versuche kompensatorisch den Fussaussenrand zu entlasten und gehe aktuell hauptsächlich über dem I. Strahl. Aufgrund dessen komme es dort zu einer Hallux valgus-Bildung am Grosszehl sowie zu einer Hammerzehenkonfiguration aller Zehen auf der linken Seite. Der Beschwerdeführer sei

extrem schmerzgeplagt und in der Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Er wünsche eine definitive Lösung mittels operativer Herangehensweise. Ihrer Meinung nach sei eine Korrekturosteotomie der Metatarsale V, eine Transfixation und Sehnenverlängerung Dig. V, IV und III nötig. Zusätzlich würden sie intraoperativ Knochenbiopsien des Metatarsale V abnehmen. Der Beschwerdeführer sei über die operative Herangehensweise aufgeklärt worden und habe schriftlich eingewilligt.

6.5 Am 15. Oktober 2019 erging der Sprechstundenbericht von Dr. med. N.____, Leitende Ärztin, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital D.____ (Suva-Nr. 229). Darin legte sie dar, der Beschwerdeführer sei vom Fussteam zugewiesen worden. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers bestehe seit dem Unfallereignis im Verlaufe eher zunehmend ein Einschlafgefühl im linken Bein sowie ein Kältegefühl im linken Bein und im linken Fuss. Sowohl im Bereich des Fusses linksseitig wie auch im Bereich des Beines linksseitig könne keine sichere dermatombegrenzte Hypästhesie oder auch motorisches Defizit gefunden werden. Die Ursache dieses Kältegefühls und Einschlafgefühls bleibe zurzeit unklar. Eine mögliche Erklärung wäre die länger andauernde asymmetrische Belastung des linken Beines und auch der Beckenringmuskulatur und der lumbalen Muskulatur aufgrund des Quetschtraumas des Fusses linksseitig. Zudem bestehe klinisch ein positiver Facettengelenksprovokationstest sowie ein druckdolentes und hypomobiles Iliosakralgelenk. Aus diesem Grunde würden sie ergänzend eine MRI-Untersuchung der LWS inkl. Koronarschnitte ISG in die Wege leiten mit der Frage nach Diskopathie / aktivierten Facettengelenksarthrosen und entzündlichen Veränderungen / aktivierten Arthrosen im Bereich der ISG insbesondere linksseitig. Je nach MRI-Befund könne sicherlich aufgrund der heutigen Klinik mit doch deutlichen muskulären Dysbalancen im Bereich der Rückenmuskulatur und Beckenmuskulatur eine Physiotherapie speziell für diese Region in die Wege geleitet werden. Der Beschwerdeführer sei jedoch einer Physiotherapie gegenüber eher ambivalent eingestellt, da sämtliche bisher durchgeführten therapeutischen Massnahmen (ambulant, gemäss Angaben des Beschwerdeführers auch stationär in der J.____) keinen Effekt auf die Beschwerden gehabt hätten.

6.6 Nachdem die erwähnte MRI-Untersuchung nach mehreren Versuchen nicht durchgeführt werden konnte (vgl. Suva-Nr. 238, 241), habe ein erneuter Versuch, am 5. Dezember 2019 eine MRT-Untersuchung durchzuführen, abgebrochen werden müssen (vgl. Suva-Nr. 247). In ihrem Sprechstundenbericht vom 13. Januar 2020 legte Dr. med. N.____ (Suva-Nr. 248) dar, leider sei die MRI-Untersuchung der LWS im Open-MRI vom Beschwerdeführer abgebrochen worden. Soweit in einer Sequenz sichtbar, lägen eine leichte Spondylarthrose auf Höhe LWK4/5 und eine mediane Diskushernie / Protrusion LWK4/5 sowie eine mediane Diskushernie/Protrusion bei Anulus fibrosus Riss auf Höhe LWK5/SWK1 vor. Genauere Angaben könnten leider aufgrund der fehlenden restlichen Sequenzen nicht gemacht werden. Der Beschwerdeführer komme heute mit der Bitte, eine spezielle Hallux valgus-Schiene verordnen zu lassen, welche er im Internet gefunden habe. Diesbezüglich werde der Beschwerdeführer auf die Beurteilung seitens des Fussteams vom 22. Juli 2019 verwiesen. Zu diesem Zeitpunkt seien seitens des Fussteams eine Korrekturosteotomie der Metatarsale V, eine Transfixation und Sehnenverlängerung Dig. V, IV und III empfohlen worden. Die fehlverheilte Metatarsale V Fraktur des MTP V-Gelenkes sei gemäss Fussteam chronisch luxiert und der Beschwerdeführer versuche kompensatorisch den Fussaussenrand zu entlasten und laufe aktuell hauptsächlich über dem 1. Strahl. Aufgrund dessen komme es zu einer Hallux valgus Bildgebung am Grosszeh. Ob eine Hallux valgus-Schiene diesbezüglich Abhilfe für die Beschwerdesymptomatik bringen würde, müsse der

Beurteilung seitens des Fussteams überlassen werden. Der Beschwerdeführer werde sich diesbezüglich noch einen Termin im Fussteam holen und dies mit dem Fussteam direkt besprechen. Betreffend die Rückensymptomatik wolle der Beschwerdeführer aktuell vermehrt eine aktive Therapie durchführen, was Dr. med. N.____ sicherlich sehr unterstützen würde. Von ihrer Seite her wäre eine dreimonatige medizinische Trainingstherapie möglich. Der Beschwerdeführer sei mit diesem Vorgehen einverstanden. Aus diesem Grunde werde der kreisärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin höflichst um Überprüfung der Kostengutsprache für die Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie für drei Monate gebeten. Anschliessend sollte es dem Beschwerdeführer möglich sein, diese Übungen im Fitness in seiner Wohnumgebung durchzuführen. Ein entsprechendes Physiotherapiezept sei dem Beschwerdeführer mitgegeben worden. Eine Verlaufskontrolle sei nach erfolgter medizinischer Trainingstherapie bei ihnen wieder geplant.

6.7 Am 22. Januar 2020 nahm die Kreisärztin Dr. med. C.____ eine ärztliche Beurteilung vor (Suva-Nr. 252). Sie legte dar, nachdem sie den Beschwerdeführer im Rahmen einer Untersuchung am 18. Juni 2019 untersucht habe und auf seinen expliziten Wunsch hin für eine Zweitmeinung zu den Fusspezialisten des Spitals D.____ zugewiesen habe, sei die vorgeschlagene Korrekturosteotomie durch den Beschwerdeführer aus unerklärlichen Gründen wieder abgesagt worden, obwohl er die Einwilligung schon unterschrieben gehabt habe. Angeblich habe der Hausarzt ihm davon abgeraten. Inzwischen mache der Beschwerdeführer auch noch LWS-Beschwerden geltend. Eine MRI-Untersuchung im offenen Gerät sei vom Beschwerdeführer abgebrochen worden. Auf der erstellten Sequenz und auf den konventionellen Röntgenbildern stellten sich auf Höhe LWK4/5 und LWK5/S1 leichte Segmentdegenerationen dar. Diese Veränderungen stünden in keinem Zusammenhang mit der erlittenen Fussquetschung und seien deshalb auch nicht unfallkausal. Es lägen keine wissenschaftlichen Arbeiten vor, die einen Zusammenhang einer Fehlbelastung wegen den Fussbeschwerden und der LWS-Symptomatik bewiesen. Die leichten degenerativen Veränderungen seien im Rahmen von altersentsprechenden Degenerationen zu sehen. Die verordnete MRT sei deshalb nicht unfallkausal und gehe zu Lasten der Krankenkasse. Der ganze Verlauf nach erfolgter ärztlicher Untersuchung vor einem halben Jahr sei befremdend, aber passend zum ganzen Verlauf seit der Quetschverletzung vor nun fast drei Jahren. Obwohl der Beschwerdeführer Dr. med. C.____ gegenüber und gemäss Bericht aus dem Spital D.____ auch im Rahmen der Abklärung nach einer operativen Lösung gefragt habe, sei die Operation abgesagt worden. Der vorgeschlagene Korrekturingriff sei dem Beschwerdeführer zweifelsohne zuzumuten und es sei davon auszugehen, dass die Belastbarkeit des linken Fusses damit gesteigert werden könnte. Konservative Massnahmen, ausser der mehrmals schon erfolgten orthopädischen Schuhversorgung, könnten dem Beschwerdeführer nicht angeboten werden. Wie bereits im Untersuchungsbericht erwähnt worden sei, sei der Beschwerdeführer ohne orthopädischen Schuh erschienen. Aufgrund des gesamten Verlaufes seit ihrer persönlichen Untersuchung vor sechs Monaten müsse nun definitiv von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden, da der Beschwerdeführer die vorgeschlagene Korrekturosteotomie abgesagt habe. Die in Fehlstellung verheilte Fraktur könne anders nicht behandelt werden. Die Hallux valgus-Veränderung sei beidseits und schon auf den anfänglichen Röntgenbildern zu sehen gewesen, bei vorbestehendem Spreizfuss beidseits. Einzig die Krallenzeh im Bereich des V. Strahls sei unfallkausal. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom Juni 2019 seien die Fussdeformitäten beidseits bildlich dokumentiert worden. Eine Verschlimmerung der vorbestehenden Befunde durch die in Fehlstellung verheilte Fraktur des V. Strahles sei bei

nicht konsequentem Tragen der mehrmals orthopädisch angepassten Schuhe möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Dem Beschwerdeführer sei eine mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ganztags zuzumuten. Zu vermeiden seien Arbeiten auf unebenem Gelände und Arbeiten in gehockter Stellung. Weiterhin zu vermeiden seien repetitives Treppensteigen oder Steigen auf Leitern. 6.8 Dem Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 25. Februar 2020 (Suva-Nr. 264) lässt sich entnehmen, dass dem Beschwerdeführer erneut der operative Vorschlag zu einer Korrekturosteotomie der Metatarsale V, eine Transfixation und Sehnenverlängerung Dig. V, IV und III dargelegt worden sei. Aufgrund der schlechten Erfahrungen mit zurückliegenden Operationen werde sich der Beschwerdeführer bei definitivem Wunsch zu einer Operation wieder melden.

6.9 Mit Verfügung vom 10. März 2020 (Suva-Nr. 270) schloss die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. März 2020 ab, da von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei. 6.10 Am 23. März 2020 erging der Bericht von Dr. med. N.____ zur vorgezogenen/verschobenen telefonischen Sprechstunde vom 19. März 2020 (Suva-Nr. 277). Darin wurde ausgeführt, gemäss heutigen Angaben des Beschwerdeführers seien vor allem die Fussbeschwerden weiterhin im Vordergrund. Er sehe sich nicht in der Lage, gemäss seinen eigenen Angaben ab dem 1. April 2020, seitens der Beschwerdegegnerin so empfohlen, wieder zu arbeiten. Diesbezüglich wäre eventuell eine kreisärztliche Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin nochmals notwendig. Betreffend die Rückensymptomatik gehe diese offenbar unter der zwei Mal pro Woche durchgeführten Physiotherapie etwas zurück. Grundsätzlich sei betreffend die tieflumbalen Schmerzen / ISG-Beschwerden linksseitig eine Wiederaufnahme der Tätigkeit z.B. in einem Teilpensum mit der Möglichkeit je nach Verlauf der Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 10 % pro Monat / pro alle zwei Monate möglich. Zudem würden sie den kreisärztlichen Dienst nochmals höflichst anfragen betreffend Übernahme der Kostengutsprache für eine medizinische Trainingstherapie. 6.11 Nachdem der Beschwerdeführer Einsprache gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2020 (Suva-Nr. 270) erhoben hatte (Suva-Nr. 281), legte die Beschwerdegegnerin die Akten ihrem Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, vor, welcher am 21. April 2020 eine chirurgische Beurteilung vornahm (Suva-Nr. 288). Dr. med. E.____ führte aus, zusammenfassend könne hier festgestellt werden, dass die radiologischen Veränderungen des Fuss skeletts zum Teil vorbestehend seien und die hier gemessene Veränderung des Hallux valgus-Winkels dem normalen Verlauf einer solchen Fussdeformität mit Spreizfussbildung entspreche. So sei neben der unfallbedingten Veränderung an der Lateralseite des Fusses eine auf der Medialseite bestehende Deformität unfallunabhängig bestehend. Die hieraus resultierenden Veränderungen der Stellung der Grundgelenke der Zehen II, III und IV seien im Zusammenhang mit der vorbestehenden Deformierung zu sehen und bereits in der Erstaufnahme zum Unfalltag nachzuweisen gewesen. Die Krallenzehestellung sei erfahrungsgemäss bei Aufnahmen im Liegen geringer als im Stand, sodass zum Vergleich hier die Aufnahmen aus August 2017 und Juli 2019 zur Verfügung stünden. Auf beiden Aufnahmen sei die Fehlstellung in den Grundgelenken der Zehen II, III und IV nachzuweisen. Die Fehlstellung der V. Zehe mit erheblicher Krallenzehebildung sei Folge der unfallbedingten Deformierung des Metatarsophalangealgelenkes am V. Strahl und der leichten Verkürzung sowie Deformierung des V. Strahls zuzuordnen. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 18. Juni 2019 seien Fotos beider Füsse angefertigt worden. Hierbei könne man deutlich die weitgehend seitengleiche Hallux valgus-Fehlstellung der Grosszehen erkennen. Es bestehe

eine deutliche Beschwielung der Fusssohle am Metatarsale V-Köpfchen. Bei dieser Untersuchung sei der Beschwerdeführer ohne die bereits verordneten und ausgelieferten orthopädischen Schuhe erschienen. Auch anlässlich mehrerer Untersuchungen bei Frau Dr. I. ___ im H. ___ sei der Beschwerdeführer ohne die bereits verordneten Schuhzurichtungen erschienen. Nach Angaben der behandelnden Kollegin habe der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass er sich mit dem normalen Schuh wohler fühle. Die von ihm getragenen Sportschuhe unterstützten den Fuss in keiner Weise und seien daher zur Behandlung der unfallbedingten Deformität nicht geeignet. Nach ausführlicher Besprechung der Gesamtsituation sei dem Beschwerdeführer eine Vorstellung im Spital D. ___ vorgeschlagen worden. Von Seiten der Kollegen sei eine Korrekturosteotomie des V. Strahls und die Aufhebung der Krallenzehenbildung sowohl am V. als auch am II. bis IV. Strahl vorgeschlagen worden. Diese Massnahme habe der Beschwerdeführer nicht wahrgenommen, da er nach eigenen Angaben schlechte Erfahrungen mit Voroperationen gemacht habe. Es sei somit im Januar 2018 nach dem Unfall ein Endzustand bezüglich der Ausheilung der Frakturen entstanden. Mit einer durchgreifenden Befundänderung sei nicht mehr zu rechnen. Unfallbedingt sei die Deformität des V. Strahles festzuhalten sowie die daraus resultierende Fehlstellung im Metatarso-phalangealgelenk des V. Strahls. Die ansonsten bestehenden Veränderungen des Fusses basierten auf einer angeborenen oder erworbenen Fehlstellung des Fuss skeletts, die auf der rechten Seite fast identisch zur Darstellung komme. So sei die Hallux valgus-Fehlstellung bereits zum Unfallzeitpunkt 2017 nachzuweisen und auf der rechten Seite im Jahre 2019 als Vergleichsaufnahme fast identisch. Es könne daher aus den vorliegenden ausführlichen Untersuchungsergebnissen nicht geschlossen werden, dass die Hallux valgus-Fehlstellung des I. Strahls des linken Fusses durch den Unfall erheblich zugenommen habe. Diese Veränderungen seien vorbestehend und nicht auf den Unfall vom 20. April 2017 zurückzuführen. Wenig könne nachvollzogen werden, dass der Beschwerdeführer die Belastung ausschliesslich über den I. Strahl ausführe, da gleichzeitig über dem V. Strahl eine deutliche Beschwielung auf der Fusssohlenseite bestehe, sodass hier von einer Belastung auch des lateralen Fusses auszugehen sei. Dass die Clavusbildung mit hypertropher Beschwielung durch die bestehende Fehlstellung im Metatarsophalangealgelenk des V. Strahles verstärkt werde, sei unbestritten, wäre jedoch durch den vorgeschlagenen Eingriff gut zu korrigieren. Die Dimension des geplanten, jedoch vom Beschwerdeführer abgelehnten Eingriffs sei in Bezug auf das Risiko gut überschaubar. Die Verbesserung der Gesamtsituation des Fusses sei zu erwarten, daher wäre der Eingriff auch zumutbar. Die Entscheidung des Beschwerdeführers, einen solchen Eingriff nicht durchführen zu lassen, liege bei ihm. Durch eine solche Operation könne eine Verbesserung der Belastungssituation des Fusses mit hoher Wahrscheinlichkeit erreicht werden. Das entwickelte Zumutbarkeitsprofil nehme Rücksicht auf die Besonderheiten der Folgen des Unfalls vom 20. April 2017 und bedürfe daher keiner Korrektur. Die anlässlich des Unfalls erlittene knöcherne Deformität des V. Strahls sei unbestritten, dies habe auch Einfluss auf die Stabilität des lateralen Fussrandes. Diese Fehlstellung wäre auch durch die Korrekturosteotomie nur geringgradig zu verbessern, sodass, unabhängig von der Verbesserung insbesondere der Situation im Metatarsophalangealgelenk, die unfallbedingte Deformität des V. Mittelfussknochens eine dauerhafte Veränderung darstelle, die auch Einfluss auf das Tarsometatarsalgelenk V habe. Aus diesem Grunde sei hier, abweichend zu der Beurteilung vom 7. November 2018, sehr wohl ein Integritätsschaden gemäss Tabelle 2 zum UVG zu erkennen. Bei erhaltener Kontinuität des Knochens und stabiler knöcherner Ausheilung sei hier eine

Integritätseinbusse von 10 % angezeigt. Der Rückfall im Dezember 2018 habe zu einer Schmerzexazerbation geführt, welche nochmals ausführliche Untersuchungen und Therapievorschläge nach sich gezogen habe. Eine Operation sei im Raum gestanden, die der Beschwerdeführer letztendlich nicht habe durchführen lassen, obwohl sie zumutbar und erfolgversprechend gewesen wäre. Demzufolge sei spätestens zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. Januar 2020 von einem Endzustand in Bezug auf den Rückfall auszugehen, wie dies Frau Dr.med. C.____ auch ausführlich begründet habe. 6.12 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. N.____ vom 25. Mai 2020 (Suva-Nr. 300) wurde dargelegt, betreffend die Beinschmerz-Symptomatik, welche aktuell nicht gänzlich erklärbar sei, werde eine MRI-Untersuchung (Open-MRI in der [...]) versucht. Der Beschwerdeführer habe solches im Dezember 2019 abgebrochen. Er stelle sich die Frage nach entzündlichen Veränderungen / aktivierten Arthrosen im Bereich der Facettengelenke tief lumbal und im Bereich des Iliosacralgelenkes linksseitig (hier gebe der Beschwerdeführer auch nächtliche und frühmorgendliche Schmerzen an). In der klinischen Untersuchung zeige sich aktuell kein sicheres sensomotorisches Defizit entsprechend einer Radix. Es bestehe hingegen eine deutliche muskuläre Dysbalance mit verkürzter posturaler Muskulatur, welche im Rahmen der Physiotherapie ausgedehnt werden sollte. Dr. med. N.____ werde den Beschwerdeführer nach erfolgter MRI-Untersuchung der LWS / Koronarschnitte ISG im Open-MRI in der [...] wieder sehen. Zu diesem Zeitpunkt sei der Einsatz einer gezielten Physiotherapie für die Glutealmuskulatur, für die ISG-Dysfunktion inkl. Kraftaufbau-Training vorgesehen. Betreffend die Fuss-Problematik wolle der Beschwerdeführer sich nochmals beim Fuss-Team vorstellen, auch mit der Frage nach anderweitigen Therapie-Optionen (evtl. doch einer speziellen Schuhbettung etc.). Diesbezüglich werde das Fuss-Team gebeten, den Beschwerdeführer direkt aufzubieten. 6.13 Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 66 ff.) die chirurgische Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E.____ vom

E. 16

Juni 2020 (A.S. 71 f.) beim Versicherungsgericht ein. Diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass es bei der Erstellung der Beurteilung vom 21. April 2020 bedauerlicherweise zu einem Fehler gekommen sei. Bei der Übertragung der Röntgenbilder aus dem PACS sei versehentlich das Bild vom 15. Juli 2019 und nicht das Röntgenbild vom Unfalltag übertragen worden. Durch diesen Irrtum bestehe der falsche Eindruck einer Einschätzung der vorbestehenden Deformität im Bereich des verletzten Fusses. Um diesen Fehler zu korrigieren, werde hier das passende Röntgenbild vom 20. April 2017 jetzt angezeigt. Wie bereits in der Fussnote zu diesem Röntgenbild erwähnt worden sei, sei auf diesen Aufnahmen sehr gut zu erkennen, welche Deformität des Fusses unfallunabhängig bereits bestanden habe. Neben der unbestrittenen Verletzung des V. Strahles im Metatarsale liege hier eine Deformität insbesondere des ersten Strahles vor, die zu diesem Zeitpunkt vorbestehend sei. Davon ausgehend, dass eine solche Deformierung des I. Strahles aufgrund der Verletzung des V. Strahles entstehen würde, setze voraus, dass zum Unfallzeitpunkt diesbezüglich keine Deformität im Bereich des Metatarsale I der Grosszehe bestehe. Das könne jedoch anhand der Röntgenaufnahmen vom 20. April 2017 deutlich widerlegt werden. Es ergebe sich daher kein Grund an einer generellen Korrektur der Beurteilung vom

E. 21

April 2020. 6.14 Ebenfalls im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer den Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 9. Oktober 2020 (Urkunde Nr. 3) ein (VSBES.2020.68 / A.S. 83 f.). Diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund von persistierenden Schmerzen im linken Fuss sowie Schwierigkeiten beim Laufen mit Überbelastung vom MTP I-Gelenk mit kompensatorischer Hallux valgus-Stellung vorgestellt habe. Er arbeite als Bauarbeiter zu 50 %, was bei oben genannten Beschwerden nicht mehr gehe. Es werde die operative Versorgung empfohlen. Es würden eine Korrekturosteotomie os Metatarsale V, Hallux valgus-Korrektur (Chevron-Akin), Weilosteotomie II bis IV sowie Hohmann II bis IV, Transfixation II bis IV Strecksehnenrevision II bis V und Sesamoid-Shaving erfolgen. Der Beschwerdeführer sei ausführlich über die Operation aufgeklärt worden und er sei mit dem Vorgehen einverstanden. Die Operation werde zeitnah geplant. 6.15 Mit Eingabe vom 12. November 2020 reichte der Beschwerdeführer sodann den Operationsbericht des Spitals D.____ vom

E. 23

Oktober 2020 (Urkunde Nr. 4) ein (VSBES.2020.68 / A.S. 85 ff.). Bei schmerzhafter posttraumatischer Fehlstellung Dig. V mit konsekutiver Luxation der V. Kleinzehe komme es bei persistierender Situation zunehmend zur Kontraktur und Luxation der restlichen Kleinzehen sowie medialer Überlastung und Dekompensation des Hallux valgus. Daher sei die Indikation zur Korrekturosteotomie sowohl am V. als auch am I. Strahl, Einstellen der Länge der restlichen Strahlen und Hammerzechenkorrektur nach Verlängerung der Extensoren gestellt worden. Die Operation sei am 22. Oktober 2020 durchgeführt worden. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Februar 2020 in der Hauptsache auf die Stellungnahme der Kreisärztin Dr. med. C.____ vom 14. Februar 2018 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) und die dieser zugrundeliegenden Austrittsberichte der Klinik J.____ vom 22. November 2017 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) und 15. Dezember 2017 (vgl. E. II. 5.10 hiervor), weshalb nachfolgend zu prüfen ist, ob dies korrekt ist. 7.1 Der Beschwerdeführer beanstandet das Abstellen auf die Austrittsberichte der Klinik J.____ vom 22. November und 15. Dezember 2017. Er sei nicht darüber informiert worden, dass er sich nicht nur zur Behandlung, sondern auch zur medizinischen Abklärung der Arbeitsfähigkeit in der Klinik J.____ aufhalten würde, weshalb auf die Einschätzungen dieser Klinik nicht abgestellt werden könne. Die Berichte der Klinik J.____ seien gemäss BGE 136 V 117, soweit zur Zumutbarkeit Stellung genommen werde, aus den Akten zu entfernen (Beschwerde Ziff. 7 S. 9; A.S. 20). 7.2 Das Bundesgericht erkannte in besagtem Entscheid BGE 136 V 117, dass die die Suva das Recht auf Selbstbestimmung, welches Teil des Anspruchs auf persönliche Freiheit bildet, und den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, wenn sie die medizinische Begutachtung einer versicherten Person während eines Rehabilitationsaufenthaltes durch die behandelnden Ärzte ohne Wissen der Betroffenen anordnet. Sofern die versicherte Person oder ihr Rechtsanwalt vor Beginn des Klinikaufenthaltes nicht realisieren konnten oder mussten, dass der von der Suva angeordnete Rehabilitationsaufenthalt zusätzlich der gutachterlichen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts dient, ihnen somit vor Anordnung der medizinischen Begutachtung keine Gelegenheit geboten wurde, zur Notwendigkeit und Zumutbarkeit Stellung zu nehmen, liegt ein Eingriff in das Recht auf körperliche und geistige Integrität vor, welches zum Schutzbereich des Anspruchs auf persönliche Freiheit gemäss Art. 10 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) und Art. 8 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) gehört. Die diesbezügliche Verletzung

des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist schwerwiegend und mit Blick auf die Garantie als Teilgehalt des Gebots des fairen Verfahrens (Art. 29 Abs. 1 BV bzw. Art. 6 Ziff. 1 EMRK) besteht ein grundsätzliches Verwertungsverbot bezüglich des widerrechtlich erlangten Beweises (BGE 136 V 117 E. 4.2 S. S. 125 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C_922/2012 vom

E. 26

Februar 2013 E. 3.2, je mit Hinweisen). 7.3 Unbestritten ist, dass im Rahmen des Rehabilitationsaufenthaltes des Beschwerdeführers in der Klinik J.____ auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit erfolgen sollte und die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer weder vor dem Klinikeintritt noch während des Klinikaufenthaltes darüber informierte, dass sie auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Eingliederungsperspektive vornehmen werde. Der Kreisarzt Dr. med. univ. O.____ gab im Anmeldeformular vom 9. November 2017 zur stationären Rehabilitation (Suva-Nr. 75) als Hauptziel des Klinikaufenthaltes die medizinische Zielsetzung (allgemeine Verbesserung von Funktionen und Aktivität, medizinische Standortbestimmung) an. Im Weiteren wurden auch (als Nebenziel) die berufliche Zielsetzung (berufliche Reintegration, Klärung der beruflichen Perspektiven, Steigerung der Arbeitsfähigkeit) wie auch die Beurteilung der Zumutbarkeit (Vorbereitung Fallabschluss) angegeben. In ihrem Informationsschreiben an den Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. November 2017 (Suva-Nr. 78), führte die Beschwerdegegnerin lediglich aus, gemäss Empfehlung der Kreisärztin werde der Beschwerdeführer für einen stationären Aufenthalt in der Klinik J.____ angemeldet. Nachdem der Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 15. Dezember 2017 erstattet worden war, wurden keine weiteren medizinischen Abklärungen mehr vorgenommen. Die Kreisärztin Dr. med. C.____ nahm am 14. Februar 2018 abschliessend Stellung zum medizinischen Sachverhalt (vgl. E. II. 5.12 hiervor; Suva-Nr. 114) und stützte sich dabei hauptsächlich auf den Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 15. Dezember 2017 nach Abschluss der ambulanten Therapie, ohne den Beschwerdeführer persönlich untersucht oder eine eigene medizinische Beurteilung vorgenommen zu haben. Damit steht fest, dass der angeordnete Rehabilitationsaufenthalt auch der gutachterlichen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts diene. Unter diesen Umständen hätte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vorgängig Gelegenheit geben müssen, zur Notwendigkeit und Zumutbarkeit der Abklärung der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. In diesem Lichte können die Austrittsberichte der Klinik J.____ vom 22. November 2017 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) und 15. Dezember 2017 (vgl. E. II. 5.10 hiervor) in Anbetracht der dargelegten Rechtsprechung (vgl. E. II. 7.2 hiervor) nicht verwertet werden und sind aus den Akten zu entfernen. Angesichts dessen, dass die Kreisärztin in ihrer Beurteilung vom 14. Februar 2018 lediglich die Einschätzung der Ärzte der Klinik J.____ in den Austrittsberichten vom 22. November und 15. Dezember 2017 übernahm, welche nach dem Dargelegten nicht verwertet werden dürfen, lässt sich im vorliegenden Fall bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch nicht auf die Stellungnahme der Kreisärztin abstützen. Da auch die übrigen medizinischen Akten nicht ausreichen, um alleine gestützt darauf allfällige Auswirkungen der unfallkausalen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, sind aus orthopädischer Sicht weitere Abklärungen zu veranlassen. 8. Sodann wird auch der medizinische Sachverhalt betreffend den Rückfall (VSBES.2020.104 / Einspracheentscheid vom 23. April 2020; A.S. 1 ff.) umfassend abzuklären sein. Aus den wiedergegebenen Arztberichten ist ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor

Gesundheitsbeeinträchtigungen am linken Fuss vorhanden sind. Dass diese Gesundheitsbeeinträchtigungen zumindest zu einem Teil unfallbedingt sind, steht fest und ist grundsätzlich auch zwischen den Parteien unbestritten. Im Übrigen erweist sich die Aktenlage als weniger klar. Dies betrifft nicht nur die Frage, ob und gegebenenfalls wann der sogenannte medizinische Endzustand eingetreten ist, sondern auch, ob das von den Kreisärzten Dr. med. C.____ und E.____ formulierte und von der Beschwerdegegnerin angewandte Zumutbarkeitsprofil sowie die anerkannte Integritätseinbusse die vorliegenden unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen angemessen berücksichtigen.

8.1 Gegen die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach im vorliegenden Fall der medizinische Endzustand Ende Januar 2018 eingetreten sei, spricht vorliegend die ausstehende medizinische Begutachtung, welche auch Voraussetzung dafür ist, um schlüssig über die organisch nachweisbare Funktionseinschränkung am linken Fuss und damit über die massgebende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit befinden zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 6.2). Sodann steht fest, dass bis zum verfügten Einstellungszeitpunkt per 31. März 2020 die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht abschliessend hinreichend therapiert worden sind. Dies trifft schon deshalb zu, weil die Kreisärztin Dr. med. C.____ selber anlässlich des strittigen Fallabschlusses von der weiteren Therapierbarkeit der Beschwerden ausging. Da sich der Beschwerdeführer dem empfohlenen Korrekturingriff nicht unterziehen wollte, gingen die Kreisärzte sodann von einem medizinischen Endzustand aus. Die Beschwerdegegnerin hat hierbei jedoch übersehen, dass der Versicherer die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung zu treffen hat. Und wenn er an der Mitwirkung der versicherten Person zweifelt, hat er zur Durchsetzung einer zumutbaren medizinischen Behandlung das Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG einzuleiten und eine Leistungskürzung oder -einstellung für den Fall der anhaltenden Verweigerung der zumutbaren therapeutischen Massnahme vorgängig schriftlich anzudrohen (Urteil des Bundesgerichts 8C_836/2013 vom 27. März 2014 E. 6.3 mit Hinweis auf BGE 134 V 189 E. 2 S. 193 f.).

8.2 Bezüglich der Kausalitätsfrage der bestehenden Beschwerden am linken Fuss liegen verschiedene ärztliche Stellungnahmen vor. Insbesondere stehen sich die Äusserungen der Ärzte des Spitals D.____ und diejenigen der Kreisärzte Dr. med. C.____ und Dr. med. E.____ gegenüber. Die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ halten eine „posttraumatische, kompensatorische Krallenzehenfehlstellung Dig. V-III und Hallux valgus-Fehlstellung Dig. I links“ fest und legen dar, der Beschwerdeführer versuche kompensatorisch den Fussaussenrand zu entlasten und gehe aktuell hauptsächlich über dem I. Strahl. Aufgrund dessen komme es dort zu einer Hallux valgus-Bildung am Grosszehen sowie zu einer Hammerzehenkonfiguration aller Zehen auf der linken Seite (Bericht des Spitals D.____ vom 22. Juli 2019; E. II. 6.4 hiervor). Dr. med. C.____ führte in ihrer ärztlichen Abschlussbeurteilung vom 22. Januar 2020 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) aus, die geltend gemachten Beschwerden Hallux valgus und die Krallenzehen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 20. April 2017 zurückzuführen. Die Hallux valgus-Veränderung sei beidseits und schon auf den anfänglichen Röntgenbildern zu sehen gewesen, bei vorbestehendem Spreizfuss beidseits. Einzig die Krallenzehen im Bereich des V. Strahls sei unfallkausal. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom Juni 2019 seien die Fussdeformitäten beidseits bildlich dokumentiert worden. Eine Verschlimmerung der vorbestehenden Befunde durch die in Fehlstellung verheilte Fraktur des V. Strahles sei bei nicht konsequentem Tragen der mehrmals orthopädisch angepassten Schuhe möglich, aber nicht überwiegend

wahrscheinlich. Am 21. April 2020 nahm sodann der Kreisarzt Dr. med. E.____ Stellung zum medizinischen Sachverhalt (vgl. E. II. 6.11 hiervor) und führte aus, anlässlich der durchgeführten Primärdiagnostik erkenne man auch die unfallunabhängigen Veränderungen im Bereich des Fusses. So sei zwar eine Fraktur im Bereich des Köpfchens des Metatarsale I zu sehen. Diese habe jedoch keine Gelenkbeteiligung und sei nicht disloziert. Nebenbefundlich zeige sich hier jedoch eine unfallunabhängige Spreizfussbildung mit einem Metatarsale I/II-Winkel von ca. 14° in der unbelasteten Aufnahme sowie ein Hallux valgus-Winkel von 27°. Diese beiden Winkelmessungen würden üblicherweise unter belasteten Aufnahmen etwas zunehmen, zeigten jedoch deutlich die bereits zu diesem Zeitpunkt bestehende Veränderung der Fussstrukturen. Nebenbefundlich zeige sich eine leichte Dorsalfehlstellung der Zehen II – V, wobei lediglich bei der V. Zehe aufgrund der Frakturen die Veränderung sicherlich nicht als vorbestehend zu identifizieren sei. Die leichte Fehlstellung in Dorsalextension der Zehen II-IV sei jedoch nicht durch das Unfallereignis, sondern durch die Fussdeformität bereits als solche angedeutet zu erkennen. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass die radiologischen Veränderungen des Fuss skeletts zum Teil vorbestehend seien und die gemessene Veränderung des Hallux valgus-Winkels dem normalen Verlauf einer solchen Fussdeformität mit Spreizfussbildung entspreche. So sei neben der unfallbedingten Veränderung an der Lateralseite des Fusses eine auf der Medialseite bestehende Deformität unfallunabhängig bestehend. Die hieraus resultierenden Veränderungen der Stellung der Grundgelenke der Zehen II, III und IV seien im Zusammenhang mit der vorbestehenden Deformierung zu sehen und bereits in der Erstaufnahme zum Unfalltag nachzuweisen gewesen. Nachdem der Beschwerdeführer beschwerdeweise vorgebracht hatte, Dr. med. E.____ stütze sich bei der Beurteilung nicht – wie erwähnt – auf ein Röntgenbild vom Unfalltag (VSBES.2020.104 / Beschwerde Ziff. 8 S. 16; A.S. 53), wurde er von der Beschwerdegegnerin um eine ergänzende Beurteilung mit korrekten Röntgenbildern gebeten. In seiner Beurteilung vom 16. Juni 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 71 f.) führte Dr. med. E.____ sodann aus, auf den Aufnahmen vom 20. April 2017 sei sehr gut zu erkennen, welche Deformität des Fusses unfallunabhängig bereits bestanden habe. Neben der unbestrittenen Verletzung des V. Strahles im Metatarsale liege eine Deformität insbesondere des ersten Strahles vor, die zu diesem Zeitpunkt vorbestehend sei. Davon ausgehend, dass eine solche Deformierung des I. Strahles aufgrund der Verletzung des V. Strahles entstehen würde, setze voraus, dass zum Unfallzeitpunkt diesbezüglich keine Deformität im Bereich des Metatarsale I der Grosszehe bestehe. Dies könne jedoch anhand der Röntgenbilder deutlich widerlegt werden (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Der Beschwerdeführer wurde bisher bezüglich der Kausalität seiner Fussbeschwerden nie gutachterlich untersucht. Somit wird diese entscheidungsrelevante Frage im Rahmen der weiteren medizinischen Abklärungen zu beantworten sein. 8.3 Bezüglich der geltend gemachten Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers führte Dr. med. C.____ in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 22. Januar 2020 (Suva-Nr. 252) aus, auf der erstellten Sequenz der MRI-Untersuchung und auf den konventionellen Röntgenbildern stellten sich auf Höhe LWK4/5 und LWK5/S1 leichte Segmentdegenerationen dar. Diese Veränderungen stünden in keinem Zusammenhang mit der erlittenen Fussquetschung und seien deshalb auch nicht unfallkausal. Es lägen keine wissenschaftlichen Arbeiten vor, die einen Zusammenhang zwischen einer Fehlbelastung wegen den Fussbeschwerden und der LWS-Symptomatik bewiesen. Die leichten degenerativen Veränderungen seien im Rahmen von altersentsprechenden Degenerationen zu sehen. Dr. med. C.____ hat von einer konkreten Abklärung des Verhältnisses zwischen Folgen der Behinderung am linken Fuss und der

Rückenproblematik abgesehen. Sie hat vielmehr nur allgemein in theoretischer Art und Weise versucht zu beurteilen, dass hier keine schlüssigen Kausalverknüpfungen bestünden. Diese Begründung überzeugt nicht rechtsgenügend, weshalb im Rahmen der medizinischen Abklärungen auch zu beurteilen sein wird, ob ein Kausalzusammenhang zwischen den Fussbeschwerden und der Rückensymptomatik besteht. 8.4 Der Beschwerdeführer verlangt eine Erhöhung des Integritätsschadens am linken Fuss von 10 % um 10 % auf 20 % (VSBES.2020.104 / Beschwerde Ziff. 12 S. 21; A.S. 58 f.). Dem Beschwerdeführer ist insofern beizupflichten, als aus den Beurteilungen des Integritätsschadens der beiden Kreisärzte Dr. med. C. ___ vom 7. November 2018 (vgl. E. II. 5.14 hiervor; Suva-Nr. 145) und Dr. med. E. ___ vom 21. April 2020 (vgl. E. II. 6.11 hiervor; Suva-Nr. 288) nicht nachvollziehbar hervorgeht, ob nun ein Integritätsschaden anzunehmen ist oder nicht. So führte Dr. med. C. ___ in ihrer Beurteilung aus, unter Berücksichtigung der Suva-Tabelle 2.2. betreffend Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, der Tabelle 6 betreffend Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten und der Tabellen 5 betreffend Arthrosen, erreichten die Restbeschwerden resp. Befunde des Beschwerdeführers kein entschädigungspflichtiges Ausmass (vgl. E. II. 5.14 hiervor). Dr. med. E. ___ hingegen führte in seiner chirurgischen Aktenbeurteilung aus, die anlässlich des Unfalls erlittene knöcherne Deformität des V. Strahls sei unbestritten, dies habe auch Einfluss auf die Stabilität des lateralen Fussrandes. Diese Fehlstellung wäre auch durch die Korrekturosteotomie nur geringgradig zu verbessern, sodass unabhängig von der Verbesserung insbesondere der Situation im Metatarsophalangealgelenk, die unfallbedingte Deformität des V. Mittelfussknochens eine dauerhafte Veränderung darstelle, die auch Einfluss auf das Tarsometatarsalgelenk V habe. Aus diesem Grunde sei hier, abweichend zur Beurteilung vom 7. November 2018, sehr wohl ein Integritätsschaden gemäss Tabelle 2 zum UVG zu erkennen. Bei erhaltener Kontinuität des Knochens und stabiler knöcherner Ausheilung sei hier eine Integritätseinbusse von 10 % angemessen (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Aus der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E. ___ geht nicht mit genügender Klarheit hervor, welche Position der Integritätsschaden-Tabelle 2 zur Anwendung gelangt ist. Auch im Einspracheentscheid vom 23. April 2020 (VSBES.2020.104 / A.S. 15) führt die Beschwerdegegnerin einzig aus, es erscheine eine Integritätsentschädigung von 10 % als angemessen, ohne dies näher zu erläutern. Offensichtlich ist dieser Wert jedenfalls nicht. Demnach ist auch in diesem Punkt nochmals eine ärztliche Beurteilung des Integritätsschadens einzuholen, um anschliessend mit nachvollziehbarer Begründung über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Integritätsentschädigung neu entscheiden zu können. 9. Nach dem Dargelegten erweist sich die Sache als nicht spruchreif. Somit sind in Gutheissung der Beschwerden die angefochtenen Einspracheentscheide vom 24. Februar und 23. April 2020 aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über ihre Leistungen neu entscheide. Angesichts der Umstände erscheint die Einholung eines versicherungsunabhängigen orthopädischen Gutachtens angezeigt. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, 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). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2

Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Der Vertreter des Beschwerdeführers macht mit Kostennoten vom 3. September 2020 (A.S. 77 f.) und 12. April 2021 (A.S. 90 ff.) einen Aufwand von insgesamt 19,37 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagen von insgesamt CHF 589.70 geltend. Nach der Praxis des Versicherungsgerichts ist das Studium des Einspracheentscheids noch dem Verwaltungsverfahren zuzuordnen (ebenso wie das Studium des vorliegenden Entscheids unter dem Titel der Nachbearbeitung zum kantonalen Gerichtsverfahren gezählt wird). Der entsprechende Aufwand von 0,67 Stunden am 14. Mai 2020 ist daher nicht zu berücksichtigen. Im besagten Zeitaufwand ist auch reiner Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dies betrifft die Positionen («Brief an Klientin») von jeweils 0,17 Stunden am 25. März, 30. März, 25. Mai, 4. Juni, 29. Juni, 23. Juli, 9. September, 21. Oktober, 30. Oktober, 18. November 2020, bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist sowie das Fristerstreckungsgesuch vom 14. Juli 2020 von 0,25 Stunden und die Eingabe der Kostennote am 12. April 2021 von 0,25 Stunden. Zudem wird bei Obsiegen der nachprozessuale Aufwand praxisgemäss auf 0,5 Stunde festgelegt. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind die in den Kostennoten aufgeführten Auslagen für die Kopien der Suva-Akten von CHF 161.00 und CHF 133.00. So ist es dem Vertreter zuzumuten, diese von der Suva kostengünstig in elektronischer Form einzuverlangen. Schliesslich sind Kopien pro Stück mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 158 Abs. 3 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Gesamthaft reduziert sich der zu berücksichtigende Aufwand um 3,37 Stunden auf 16 Stunden, was mit Blick auf die Komplexität des Sachverhalts als angemessen erscheint. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00, den Auslagen von CHF 181.20 sowie der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 4'503.15. 10.2 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.