Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. Dezember 2021 (725 20 413 / 318)

Unfallversicherung

Fallabschluss ist nicht zu beanstanden; Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Zweifel an der versicherungsinternen Zumutbarkeitsbeurteilung; Rückweisung an Suva zur weiteren Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Margit Campell
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Tschopp, Advokat, Baur Laubscher Tschopp Manera Brodbeck Advokaturbüro, Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel gegen **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A.1 Der 1972 geborene A.____ arbeitete seit dem 1. Juni 2014 als Gerüstmonteur bei der B.____ AG und war aufgrund dieses Anstellungsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 27. Juni 2014 verletzte er sich an der rechten Schulter, am rechten Unterarm sowie am Rü-

cken, als er von einem Gerüst fiel (vgl. Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 2. Juli 2014). Nach einer Erstversorgung im Kantonsspital C.____, wurde A._____ ins Spital D.____ gebracht, wo er bis zum 3. Juli 2014 behandelt und am rechten Handgelenk operiert worden war. Dem Bericht des Spitals D.____ vom 7. Juli 2014 sind als unfallbedingte Diagnosen eine distale intraartikulare, nach volar abgekippte Radiusfraktur rechts, eine laterale undislozierte Claviculafraktur rechts und eine Contusio capitis mit undislozierter Nasenbeinfraktur zu entnehmen. Nach einem schwierigen Heilungsprozess musste sich der Versicherte mehrfach operativen Eingriffen an der rechten Hand unterziehen, die jeweils im Spital D.____ durchgeführt wurden (Arthroskopie am 11. Mai 2015, langstreckige Neurolyse des Nervus medianus am 12. November 2015, radioskapholunäre Arthrodese am 17. Mai 2016, radiometacarpale Arthrodese am 14. August 2017 und Entfernung des Osteosynthesematerials [OSME] sowie Rearthrodese am 16. Juli 2018).

A.2 Nach Eingang der Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 2. Juli 2014 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilbehandlungskosten). Mit Schreiben vom 21. Januar 2020 teilte sie dem Versicherten mit, dass ein Endzustand eingetreten sei und die laufenden Leistungen per 29. Februar 2020 eingestellt würden. In ihrer Verfügung vom 28. Januar 2021 sprach die Suva dem Versicherten sodann für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 27. Juni 2014 eine 13%ige Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Einbusse in der Integrität von 20 % zu. Zusätzlich übernahm sie noch bis Ende August 2020 die Kosten für die zweimal wöchentlich stattfindende Ergotherapie. Daran hielt sie auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 24. September 2020 fest.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Daniel Tschopp, am 23. Oktober 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte unter o/e-Kostenfolge, es sei der Einspracheentscheid vom 24. September 2021 teilweise aufzuheben und es seien hinsichtlich der den Invaliditätsgrad von 13 % übersteigenden Invalidität weitere Abklärungen vorzunehmen und über die unfallversicherungsrechtlichen Ansprüche (Rente/Integritätsentschädigung) neu zu verfügen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei bezüglich der Unfallfolgen ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten (Handchirurgie/Psychiatrie) einzuholen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 24. September 2020 teilweise aufzuheben und es sei die Suva hinsichtlich der den Invaliditätsgrad von 13 % übersteigenden Invalidität anzuweisen, weitere Abklärungen vorzunehmen und über die unfallversicherungsrechtlichen Ansprüche neu zu entscheiden. Weiter sei ihm das Replikrecht einzuräumen und es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege für das vorliegende Beschwerdeverfahren zu gewähren. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, die Suva habe ihren Entscheid auf unzureichende medizinische Unterlagen abgestützt.

C. Mit Beschwerdeantwort vom 20. November 2020 beantragte die Suva unter Hinweis auf die Ausführungen im Einspracheentscheid vom 24. September 2020 die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 25. November 2020 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Daniel Tschopp als Rechtsvertreter.

E. In der Replik vom 26. Januar 2021 hielt der Beschwerdeführer, weiterhin vertreten durch Advokat Tschopp, an seinen beschwerdeweise erhobenen Anträgen fest. Er bestritt die Ausführungen der Suva in der Beschwerdeantwort vom 25. November 2020 und wiederholte im Wesentlichen seinen Standpunkt, wonach der angefochtene Entscheid sich auf einen ungenügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt stütze.

F. Die Suva reichte am 25. Februar 2021 ihre Duplik ein und beantragte unter Hinweis auf die Darlegungen in der Beschwerdeantwort, an welchen sie vollumfänglich festhalte, die Abweisung der Beschwerde.

G. Das Kantonsgericht zog in der Folge am 10. März 2021 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft die Akten bei und stellte einzelne Aktenstücke der Suva zu, damit diese sich dazu äussern könne. Nachdem die Suva mit Eingabe vom 17. März 2021 ihren Verzicht auf eine weitere Stellungnahme mitgeteilt hatte, wurde der Fall mit Verfügung vom 18. März 2021 dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

H. Am 25. März 2021 reichte der Beschwerdeführer eine Kopie der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. März 2021 ein. Die Suva hielt dazu am 31. März 2021 unter anderem fest, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses das Zusprechen einer zusätzlichen Integritätsentschädigung betreffend die Beschwerden an der rechten Schulter wohl vergessen worden sei. Aus diesem Grund sei dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von gesamthaft 35 % zuzusprechen. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen.

I. Anlässlich der Urteilsberatung vom 2. September 2021 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und räumte dem Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Beschwerderückzug ein. Im Ausstellungsbeschluss wurde im Wesentlichen festgehalten, dass das Kantonsgericht im Falle eines Urteils beabsichtige, die Angelegenheit an die Suva zurückzuweisen, damit diese den medizinischen Sachverhalt weiter abkläre und neu verfüge, was möglicherweise zu einer reformatio in peius führen könne. Gleichzeitig wies es darauf hin, dass ein allfälliges Urteil gemäss § 1 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 im Zirkularverfahren ergehen würde.

K. Am 23. September 2021 liess der Beschwerdeführer dem Kantonsgericht durch seinen Rechtsvertreter mitteilen, dass er an seiner Beschwerde vom 23. Oktober 2020 festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g**

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss

Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a VPO beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist die Höhe des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers aus dem Unfallereignis vom 27. Juni 2014. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 24. September 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 der versicherten Person beein-

trächtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (vgl. BGE 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall 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 (vgl. BGE 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle relevanten Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten

Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.4.1 Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2019, 9C_143/2019, E. 4.1 mit Hinweisen).

4.4.2 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und des natürlichen Kausalzusammenhangs sind vorliegend im Wesentlichen folgende Berichte zu berücksichtigen:

6.2 Nach einer Erstbehandlung am 27. Juni 2014 im Kantonsspital C.____ war der Beschwerdeführer bis zum 3. Juli 2014 im Spital D.____, Chirurgische Klinik, hospitalisiert. Dr. med. E.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, diagnostizierte im Austrittsbericht vom 7. Juli 2014 (1) eine distale intraartikuläre, nach volar abgekippte Radiusfraktur rechts, Spannungsblasen am distalen Unterarm rechts ulnar und radial sowie Parästhesien im Medianus-Dermatom, (2) eine laterale undislozierte Claviculafraktur rechts, (3) eine Contusio capitis mit nicht dislozierter Nasenbeinfraktur, (3) eine Hypertonie und (4) einen Nikotinabusus. Der Versicherte sei vom Kantonsspital C.____, überwiesen worden, wo er nach einem Sturz von einem Gerüst aus 4 Metern Höhe eingewiesen worden sei. Bei Eintritt hätten im Lokalstatus ein Druckschmerz über der Halswirbelsäule (HWS) von HWK3 bis HWK7, an der oberen Brustwirbelsäule (BWS) sowie an der rechten Schulter und über dem rechten Handgelenk mit einer ausgeprägten Schwellung von der Handwurzel bis zur Ellenbeuge reichend imponiert. Im Verlauf des stationären Aufenthalts hätten sich über der Fraktur Spannungsblasen radial sowie ulnar, eine Schürfwunde über der rechten Schulter und der Nase sowie Parästhesien in den Dig. II - V der rechten Hand mit Stauchungsschmerz des rechten Daumens im Sinne eines Carpaltunnelsyndroms gezeigt. Das restliche Bodycheck sei unauffällig, die Pupillen isocor und prompt direkt sowie indirekt lichtreagibel gewesen. Ein Schnelltest am Kantonspital Baden habe keine intraabdominale freie Flüssigkeit gezeigt. Mittels CT-Untersuchung des Schädels seien eine intrakranielle Blutung und frische ossäre Läsionen an der HWS ausgeschlossen worden. Es bestehe eine nicht dislozierte Nasenbeinfraktur. Weitere konventionell radiologische Untersuchungen hätten bis auf vorgenannte Frakturen keine Befunde ergeben. Zur Frakturbilanzierung sei am 30. Juni 2014 eine CT-Untersuchung des rechten Handgelenks durchgeführt worden, worauf am 1. Juli 2014 ein operativer Eingriff (Open reduction and internal fixation der distalen Radiusfraktur rechts mit Variax-Platte breit und Spaltung des Carpaltunnels) durchgeführt worden sei. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos bei stets trockenen Wundverhältnissen und deutlichem Rückgang der Medianus-Symptomatik gestaltet. Die leicht protrahierte Schmerzsymptomatik sei unter Optimierung der Analgesie rasch regrediert. Der Versicherte habe am 3. Juli 2014 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

6.3 Nach einem protrahiertem Heilungsverlauf mit Schmerzen und motorischen Einschränkungen der rechten Hand unterzog sich der Beschwerdeführer am 7. Mai 2015 einem weiteren operativen Eingriff im Spital D.____, Chirurgische Klinik, wobei eine Arthroskopie am rechten Handgelenk, eine Synovektomie des radiocarpalen Kompartiments und eine OSME am distalen rechten Radius durchgeführt worden seien. Dem Austrittsbericht vom 11. Mai 2015 sind als Diagnosen ein radiocarpales Impingement am rechten Handgelenk mit/bei Zustand nach Osteosynthese einer Radiusfraktur rechts am 1. Juli 2014 mit/bei Zertrümmerung des Radius-Styloids und Impression der radiocarpalen Gelenkfläche, im Verlaufs-CT kein Nachweis einer überstehenden Schraube, ein Status nach lateraler undislozierter Claviculafraktur rechts am 27. Juni 2014, eine Hypertonie und ein Nikotinabusus zu entnehmen.

6.4 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, nannte in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 12. August 2015 (1) einen Status nach Gerüststurz am 27. Juni 2014 mit distaler intraarticulärer dislozierter Radiusfraktur rechts, lateraler Claviculafraktur rechts und Nasenbeinfraktur, (2) einen Status nach of-

fener Reposition und Plattenosteosynthese des rechten distalen Radius und (3) einen Status nach Arthroskopie des rechten Handgelenks mit Synovektomie des radiocarpalen Kompartiments und OSME am 7. Mai 2015. Aktuell bestünden eine Funktionseinschränkung und Beschwerden vor allem bei Belastung des rechten Handgelenks, eine Sensibilitätsstörung und eine Schmerzausstrahlung Dig. I bis III der rechten Hand. In seiner Beurteilung führte Dr. F.____ aus, dass sich ein Jahr nach der Fraktur und drei Monate nach der Metallentfernung die Residuen im radiocarpalen Gelenk und am distalen Radius bildgebend noch gut nachvollziehen lassen würden. Eine gewisse Restsymptomatik werde sich langfristig nicht vermeiden lassen. Das Problem sei, dass der Versicherte keinen Beruf gelernt und bisher nur schwere Arbeiten verrichtet habe. Dabei sei er auf eine voll funktionierende Physis inklusiv Handgelenke angewiesen. Dies sei zukünftig nicht mehr möglich. Auch wenn im CT noch keine sehr ausgeprägte Arthrose im Radiocarpalgelenk vorhanden sei, sei damit zu rechnen, dass sich eine solche entwickeln werde und der Versicherte nicht mehr beschwerdefrei sein werde.

6.5 Auf Ersuchen des Kreisarztes Dr. F.____ wurde der Beschwerdeführer am 28. September 2015 durch Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie, untersucht. In seinem gleichentags verfassten Bericht diagnostizierte Dr. G.____ Restbeschwerde im rechten Handgelenk und eine depressive Störung. Er führte aus, dass im Rahmen der ursprünglich erlittenen Fraktur zweifellos ein Knorpelschaden an der distalen Radiusgelenkfläche in der Fossa scaphoidea vorliege. Eine wesentliche Arthrose bestehe jedoch nicht. Aus seiner Sicht müsse mit konservativen Massnahmen versucht werden, den Schmerzzustand weiter zu reduzieren und die Belastung zu steigern. Schwere manuelle Arbeiten, wie im Gerüstbau üblich, würden allerdings auch in Zukunft kaum mehr möglich sein. Allenfalls wäre in dieser Situation bei gut erhaltener Gelenkfläche und lokalen Schmerzen eine Handgelenksdenervierung denkbar, um wenigstens die Schmerzen zu reduzieren.

6.6 Der Beschwerdeführer wurde am 12. November 2015 im Spital D.____ operiert. Dr. E.____ nahm bei der Diagnose einer schweren radiocarpalen Arthrose mit radiocarpalem Impingement am rechten Handgelenk eine langstreckige Neurolyse des Nervus medianus vor (vgl. Operationsbericht vom 16. November 2015).

6.7 Im Bericht vom 17. Februar 2016 hielt Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats und Handchirurgie, welcher den Beschwerdeführer im Auftrag von Dr. E.____ untersucht hatte (vgl. act. 157), fest, dass der Versicherte an ausgeprägten, belastungsabhängigen Beschwerden radiocarpal leide. Aufgrund der bildgebenden Befunde stelle sich die Fraktur vollständig konsolidiert dar mit kleinen Stufen im Gelenk. Es bestehe eine beginnende radiocarpale Arthrose. In den ergänzenden Funktionsaufnahmen lasse sich der SL-Intervall unauffällig darstellen und gehe im Kraftschluss nicht auf. Die beklagten Beschwerden seien plausibel, würden aber nicht ganz mit dem radiologischen Bild zusammenpassen.

6.8 Am 17. Mai 2016 führte Dr. E.____ bei Vorliegen einer schwerstausgeprägten radiocarpalen Arthrose rechts eine radioskapholunäre Arthrodese durch (vgl. Bericht vom 20. Mai 2016).

6.9 Da im Nachgang zum vorgenannten Eingriff vom 17. Mai 2016 kein befriedigender Zustand erzielt werden konnte, unterzog sich der Beschwerdeführer am 14. August 2017 erneut einer Operation am rechten Handgelenk. Dem Operationsbericht von Dr. E.____ vom 14. August 2017 ist zu entnehmen, dass eine radiometacarpale Arthrodese mittels Arthrodeseplatte durchgeführt worden sei.

6.10 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. März 2018 wies Dr. F.____ darauf hin, dass der Versicherte unter Beschwerden und einer Funktionseinschränkung der rechten Schulter, einem arthrodesierten bzw. steifen rechten Handgelenk, einer erheblichen Kraftminderung der rechten Hand und an ruhe- und belastungsinduzierten Beschwerden am rechten Unterarm und am rechten Handgelenk sowie an der rechten Hand leide. Der Kreisarzt bezeichnete den Verlauf insgesamt als unglücklich. Die Einschränkungen im Bereich des rechten Arms und der rechten Hand seien erheblich und es sei nur noch eine Restfunktion möglich. Die deutliche Beschwerdesymptomatik aufgrund der multiplen Operationen und der Arthrodese sei nachvollziehbar. Entsprechend schlecht sei die aktuelle Zumutbarkeit, denn es sei dem Versicherten nur noch möglich, mit der rechten Hand leichte Zuarbeiten auszuführen. Zudem seien aufgrund der Verletzungsfolgen am rechten Schultereckgelenk Überkopfarbeiten ebenfalls nicht mehr ausführbar. Speziell bei Tätigkeiten mit der rechten Hand sei darauf zu achten, dass hier im Handgelenk- und Handwurzelbereich eine Arthrodese vorliege und somit das Handgelenk funktionslos sei. Abstützbewegungen etc. seien nicht möglich und Drehbewegungen mit den Fingern nur rudimentär ausführbar. Zudem resultiere ein deutlicher Kraftverlust an den Fingern. Eine Tätigkeit, welche diese genannten Einschränkungen berücksichtigte, sei aber vollschichtig ausführbar.

6.11 Der Beschwerdeführer wurde am 25. April 2018 in der Universitätsklinik I.____ untersucht. Im Sprechstundenbericht vom 9. Mai 2018 wurde ihm eine Rearthrodese im Sinne einer Platten- und einer Knorpelentfernung mediocarpal sowie die Anlage einer Spongiosaplastik vom Beckenkamm und ein erneutes Einbringen einer Synthesarthodeseplatte empfohlen.

6.12 Am 22. Mai 2018 wurde der Versicherte aufgrund von Schmerzen in der rechten Schulter durch Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht. Dieser diagnostizierte am 25. Mai 2018 einen Verdacht auf eine Partialläsion der Rotatorenmanschette und eine Komplexverletzung am rechten Arm. Dr. J.____ initiierte in der Folge eine MRT-Untersuchung, welche am 30. Mai 2018 durchgeführt wurde. Gemäss dem gleichentags verfassten Bericht ergab die Untersuchung eine regelrechte Darstellung der Rotatorenmanschette ohne auffälliges Ödem oder abgrenzbare Partialruptur, eine schlanke Bursa subdeltoidea, einen Verdacht auf ein sublabrales Foramen an der Basis des Bizepssehnenankers, scharf begrenzt, eine leicht plattenartig ausgedünnte lange Bizepssehne, ohne auffälliges Ödem sowie ein AC-Gelenk und eine distale Clavicula ohne Knochenmarködem oder auffällige degenerative Veränderungen. Dr. J.____ hielt dazu am 21. Juni 2018 fest, dass sich keine eindeutig strukturelle Pathologie im Bereich

der Rotatorenmanschette fände. Es liege ein leichtgradiges Ödem im Teres minor vor. Die Bizepssehne zeige eine Tendinopathie, möglicherweise nach einer Zerrung. Die Indikation für eine operative Intervention habe nicht bestanden. Im Vordergrund lägen gelegentliche Weichteilmassnahmen zur Lockerung der Muskulatur. Diese Auffassung bestätigte er in seinem Bericht vom 16. Oktober 2018, nachdem der Versicherte ihn ein weiteres Mal wegen anhaltenden Schulterbeschwerden aufgesucht hatte (vgl. act. 388).

6.13 Vom 12. Juni 2019 bis 17. Juli 2019 befand sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik K.____. Dem Austrittsbericht vom 25. Juli 2019 sind als Diagnosen eine distale intraartikuläre, dislozierte Radiusfraktur rechts, eine laterale Claviculafraktur rechts und eine Nasenbeinfraktur sowie ein neuropathisches Schmerzsyndrom mit Schmerzen ulnarseitig dorsal und palmar mit Ausstrahlung in den Ellenbogen aufgeführt. Weiter leide der Beschwerdeführer an einer Hypothyreose (medikamentös eingestellt), anamnestisch an einem Status nach Stentimplantation, an einer arteriellen Hypertonie, an einer Hypercholesterinämie sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in weitgehender Remission (ICD-10: F43.1; differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode [ICD-10: F33.0] und eine Akrophobie ([ICD-10: F40.2]). Beim Austritt des Versicherten hätten Bewegungs- und Belastungseinschränkungen an der rechten Schulter und Probleme an der arthrodesierten rechten Hand sowie deren Kraftminderung bestanden. Im Rahmen der somatischen Beurteilung wurde festgehalten, dass sich das Ausmass der physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und den bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht vollumfänglich erklären liessen. Das heutige funktionelle Ergebnis nach 5-jährigem Heilverlauf sei subjektiv und objektiv als sehr schlecht zu bezeichnen. Die praktisch gebrauchsunfähige Hand sei nicht nur funktionell hochgradig eingeschränkt, sondern auch extrem schmerzhaft. Im Zusammenhang mit den bisher vorgenommenen Operationen und Behandlungen ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Schrauben- und Implantatanlage wohl nicht immer korrekt, teilweise intraartikulär und damit schmerzverursachend gewesen sei. Ob die zuletzt durchgeführte Rearthrodese mit langer Platte die bestmögliche Option in dieser Situation gewesen sei, könne nicht beurteilt werden. Es müsse aber festgehalten werden, dass das Ziel eines schmerzfreien Handgelenks mitnichten erreicht worden sei. Anlässlich eines handchirurgischen Konsils in der Rehaklinik sei dem Patienten die Möglichkeit einer Reoperation aufgezeigt worden (vgl. nachfolgend E. 6.14). In der Zumutbarkeitsbeurteilung wurde ausgeführt, dass dem Beschwerdeführer die berufliche Tätigkeit als Gerüstbauer nicht mehr zumutbar sei. In einer leichten Verweistätigkeit bestehe hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Tätigkeit müsse aufgrund des arthrodesierten rechten Handgelenks folgendes Profil erfüllen: kein Heben, Tragen und Festhalten von Lasten sowie keine Schläge und Vibrationen. Wahrscheinlich sei die rechte Hand nur noch als Hilfshand einsetzbar und durch eine weitere operative Massnahme werde sich das Zumutbarkeitsprofil wahrscheinlich nicht signifikant verändern. Die festgestellte psychische Störung (vgl. dazu unten E. 6.18.3) begründe eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Generell würden sich tagesstrukturierende Massnahmen sicherlich günstig auf das Krankheitsbild auswirken.

6.14 Während des Aufenthalts in der Rehaklinik K.____ wurde der Versicherte am 11. Juli 2019 konsiliarisch durch PD Dr. med. L.____, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie, untersucht. In seinem Bericht vom 30. Juli 2019 diagnostizierte Dr. L._____ diffuse Handgelenksschmerzen bei Zustand nach mehrmaligen Operationen, letztmals im Juli 2018, mit Re-Arthrodese des Handgelenks bei Zustand nach intraartikulärer distaler Radiusfraktur von 2014. In der Beurteilung wies er auf verschiedene Probleme hin. Einerseits würden die Platte und die Arthrose stören. Zudem habe vor allem die vorherige SL-Arthrodese einen Überdruck im Bereich der radialen Säule produziert, so dass nun eine Arthrose zwischen Scaphoid und Trapezoid vorhanden sei. Auf ulnarer Seite bestünden degenerative Veränderungen zwischen Hamatum und Capitatum und teilweise zwischen Triquetrum und Hamatum. Palmarseitig lägen ein Neurom der Ramus superficialis nervi medianis sowie Verklebungen des Hauptstamms des Nervus medianus, eventuell auch der Beugesehne vor. Man könne versuchen, die Situation zu verbessern, indem man die Platte entferne und eine Resektion distal 3 mm des Scaphoids vornehme, um die radiale Säule des Handgelenks zu entlasten. Eventuell könne man auch eine Vervollständigung der Arthrodese zwischen Capitatum und Hamatum durchführen. Palmar wären eine Neurolyse und eine Tenolyse mit Deckung mittels lokaler Lappenplastik vorzunehmen. Die Strategie könne auch stufenweise entwickelt werden, indem man mit der Entfernung der Platte und der Resektion des distalen Scaphoids beginne, um dann eventuell weitere Schritte vorzunehmen.

6.15 Dr. F.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. August 2019 einen Status nach Gerüststurz am 27. Juni 2014 und nannte die bereits mehrfach zitierten Diagnosen. Seiner Beurteilung ist zu entnehmen, dass sich letztlich alles um die Frage drehe, ob der von Dr. L.____ im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik K.____ empfohlene nochmalige operative Eingriff durchgeführt werde. Er sehe zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die geplante Operation keine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Die Situation an der Schulter würde ohnehin nicht beeinflusst und das rechte Handgelenk bliebe steif. Es scheine auch fraglich, ob die Vielzahl der Schmerzpunkte rund um das rechte Handgelenk durch die Operation so beeinflusst werden könnten, dass sie nicht mehr vorhanden seien. Dennoch würden die Vorschläge von Dr. L.____ rein medizinisch durchaus Sinn machen und es sei zumindest die Chance auf Verbesserung eines Teils der Beschwerden gegeben. Ohne nochmalige Operation liege ein medizinischer Endzustand vor, denn es könne von einer weiteren Behandlung keine namhafte Verbesserung des unfallbedingten Zustands mehr erwartet werden. Es gelte vollumfänglich die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik K.____ und es sei eine Integritätsentschädigung geschuldet. Sollte sich der Versicherte für den nochmaligen Eingriff entscheiden, dann dauere die medizinische Phase an und eine abschliessende Beurteilung, vor allem des Integritätsschadens, müsse zurückgestellt werden.

6.16 Der behandelnde Arzt Dr. E.____ teilte am 30. Oktober 2019 der Suva mit, dass sich der Beschwerdeführer gegen die von Dr. L.____ vorgeschlagene Operation entschieden habe und somit auch aus seiner Sicht der Endzustand erreicht sei. In der Folge bestätigte Dr. F.____ am 15. November 2019, dass von einer weiteren Behandlung nach 5-jährigem Verlauf keine namhafte Verbesserung mehr erreicht werden könne. Bezüglich der Zumutbarkeitsbeurteilung wies er wiederum auf den Austrittsbericht der Rehaklinik K.____ von Ende Juli 2019 hin. Diese

Zumutbarkeitsbeurteilung sei nach einem mehrwöchigen Behandlungs- und Beobachtungszeitraum abgegeben worden. Seither liege ein stabiler Zustand vor, der auch als dauerhaft zu betrachten sei. Es sei deshalb vollumfänglich auf diese Beurteilung der Rehaklinik K.____ abzustellen. Ein Integritätsschaden liege in Abgleich mit den Tabellen der Suva vor und werde gesondert begründet.

6.17 Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens reichte die Suva einen Bericht ihre Kreisarztes Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 9. März 2021 ein. Dr. M.____ bestätigte grundsätzlich die Angaben in den Berichten von Dr. F.____ vom 15. August 2019 und 15. November 2019. Er betonte, dass in Bezug auf die Beschwerden an der rechten Hand und an der rechten Schulter von einem Endzustand auszugehen sei.

6.18.1 Neben den Berichten betreffend die beim Unfall vom 27. Juni 2017 erlittenen Verletzungen an der rechten Hand und an der rechten Schulter finden sich auch Ausführungen zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den Akten. Der behandelnde Psychiater Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 22. März 2015, dass der Beschwerdeführer ihn am 7. Januar 2015 notfallmässig aufgesucht habe. Er habe ihn in der Vergangenheit (2002) wegen einer depressiven Störung betreut; seit 2009 habe er ihn nicht mehr gesehen. Er leide unter Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, innere Unruhe und besonders an Alpträumen und Flash Backs. Er habe enorme Angst, wieder zu arbeiten – besonders als Bauarbeiter. Der Beschwerdeführer komme regelmässig 1 Mal pro Monat in die Sprechstunde. Er profitiere von der integrativen Psychotherapie und zeige eine positive Tendenz.

6.18.2 Am 14. Oktober 2017 diagnostizierte Dr. N.____ eine PTBS mit mittelgradiger depressiver Störung. Trotz der Gesprächs- und der Psychopharmakatherapie habe immer noch keine psychische Stabilisation erreicht werden können. Der Versicherte leide immer noch an Alpträumen, Flash Backs, Konzentrationsschwierigkeiten, Zukunftsängsten, teilweise an Schlafstörungen, innerer Unruhe, Lust- und Interessenverlust sowie sozialer Isolation. Er erlebe schnelle Reizbarkeit mit Impulshandlungen. Diese Angaben bestätigte Dr. N.____ in seinem Bericht vom 12. Juli 2018.

6.18.3 Im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik K.____ vom 19. Juli 2019 (vgl. act. 440, Seite 711 ff.) wurden eine PTBS in weitgehender Remission (ICD-10: F43.1) und differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), und eine Akrophobie (ICD-10: F40.2) genannt. Diese Befunde würden eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen verursachen. In der Beurteilung wurde ausgeführt, der Versicherte sei durch den Sturz und durch Erlebnisse in seiner Kindheit und Jugend mehrfach posttraumatisch belastet. Die Belastungsreaktionen seien aber in weitgehender Remission und der Leidensdruck aktuell auf einem subjektiv erträglichen Niveau. Die Akrophobie sei reaktiv durch den Sturz entstanden. Zwar könne ein Einfluss der belastenden Lebenssituation und die damit verbundenen sowie als realistisch zu betrachtenden Zukunftssorgen auf die Schmerzverarbeitung nicht ausgeschlos-

sen werden. Der Versicherte vermittle aber einen psychisch weitgehend adäquaten Eindruck und im Rahmen der Situation sei die Reaktion im nachvollziehbaren Rahmen.

7.1 In Würdigung der vorstehend geschilderten medizinischen Unterlagen ging die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid davon aus, dass beim Versicherten der medizinische Endzustand hinsichtlich der von ihr anerkannten Unfallfolgen am rechten Handgelenk und der rechten Schulter per Ende Februar 2020 erreicht gewesen sei. Es sei nicht ersichtlich, dass im genannten Zeitpunkt von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten gewesen wäre. Der Beschwerdeführer bringt dagegen in seiner Eingabe vom 25. März 2021 vor, dass er sich im November 2020 einer OSME-Operation habe unterziehen müssen, weshalb der Endzustand per Ende Februar 2020 zu früh erfolgt sei.

7.2 Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1, 134 V 109 E. 4.1). Die verunfallte Person hat demgemäss Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1; Urteile des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C_285/2016, E. 7.1 und vom 31. Juli 2013, 8C_970/2012, E. 2.3).

7.3 Das Kantonsgericht hat bereits in Erwägung 3.1.2 des Beschlusses vom 2. September 2021 zum Ausdruck gebracht, dass der Fallabschluss durch die Suva per Ende Februar 2020 mit Blick auf die Ausführungen im Austrittsbericht der Rehaklinik K.____ vom 25. Juli 2019 und den Berichten des Kreisarztes Dr. F.____ vom 15. August 2019 sowie 15. November 2019 nicht zu beanstanden sei. Diesen Berichten ist einleuchtend zu entnehmen, dass von einem medizinischen Endzustand auszugehen sei, ausser es werde die im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik K.____ durch Dr. L.____ empfohlene Operation durchgeführt. Nachdem der Beschwerdeführer auf diese Operation verzichtete, führte der behandelnde Arzt des Spitals D.____ in seinem Bericht vom 30. Oktober 2019 aus, dass hiermit der Endzustand erreicht sei. Diese Auffassung wurde durch den Kreisarzt Dr. F.____ im Bericht vom 15. November 2019

bestätigt. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar, weshalb keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Beurteilung bestehen. Die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachte Argumentation, wonach er sich im November 2020 einer OSME-Operation habe unterziehen müssen, ändert an dieser Einschätzung nichts. Wie die Beschwerdegegnerin dazu in ihrer Stellungnahme vom 31. März 2021 unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts einleuchtend ausführte, zögern Operationen zur Entfernung des Ostheosynthesematerials den Fallabschluss nicht hinaus. Darauf kann verwiesen werden. Unter diesen Umständen geht das Kantonsgericht mit der Beschwerdegegnerin einig, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den 29. Februar 2020 hinaus keine im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten ist.

8.1 Die Suva prüfte in der Folge den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente im Sinne von Art. 18 UVG und eine Integritätsentschädigung (vgl. Art. 24 UVG). Dabei stützte sie sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf die Ergebnisse, zu denen die Rehaklinik K.____ am 25. Juli 2019 und der Kreisarzt Dr. F.____ am 15. August 2019 und 15. November 2019 gelangten. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Gerüstbauer nicht mehr verrichten könne. Es sei ihm aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund der Einschränkungen an der rechten Hand eine leichte Verweistätigkeit ganztags zumutbar. Eine solche Tätigkeit müsse aufgrund des arthrodesierten rechten Handgelenks folgendes Profil erfüllen: kein Heben, Tragen und Festhalten von Lasten sowie keine Schläge und Vibrationen, wobei die rechte Hand wahrscheinlich nur noch als Hilfshand einsetzbar sei. Dieser Einschätzung kann – wie bereits im Beschluss vom 2. September 2021 angedeutet – aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt worden:

8.2.1 Zunächst ist daran zu erinnern, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall gestützt auf versicherungsinterne Berichte entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.4.1 f.). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen. So wurden die Berichte zwar aufgrund von persönlichen Untersuchungen erhoben und sind für die streitigen Belange umfassend. Weiter wurden sie in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Hingegen überzeugen sie in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht. Auch leuchtet die quantitative Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik K.____ und des Kreisarztes Dr. F.____ in den Berichten vom 25. Juli 2919, 15. August 2019 und 15. November 2019, wonach die traumatischen Gesundheitsprobleme des Beschwerdeführers keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit hätten, nicht ein. Obwohl das Hauptziel des Aufenthalts in der Rehaklinik K.____ die Verbesserung der Beweglichkeit der rechten Schulter in Flexion und Abduktion war, berücksichtigt die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 31. März 2021 – offensichtlich nur die ausgewiesenen Einschränkungen in der rechten Hand, aber nicht jene an der rechten Schulter. Die Beurteilung, wonach die nach 5-jährigem Heilungsverlauf praktisch gebrauchsunfähige Hand nicht nur funktionell hochgradig eingeschränkt und wahrscheinlich nur noch als Hilfshand einsetzbar sei, steht

sodann in Diskrepanz zur attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten leichten Tätigkeit. Diese lässt sich auch unter Berücksichtigung der weiteren Angaben in den Berichten der Rehaklinik und des Kreisarztes nicht nachvollziehbar lösen. So wird im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung unter anderem nicht berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer an "extremen Schmerzen" leidet (vgl. Bericht der Rehaklinik K.____). Dass er bei dieser Schmerzsituation in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung des Rendements aufweisen soll, erscheint nicht plausibel, weshalb in dieser Hinsicht weitere Abklärungen angezeigt sind. Weiterer Untersuchungsbedarf besteht auch unter dem Blickwinkel, dass – wie bereits erwähnt – die Beschwerden an der rechten Schulter keinen Eingang in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit durch die Rehaklinik K.____und den Kreisarzt Dr. F.____ gefunden haben. Dies erstaunt umso mehr, als auch diesbezüglich nicht ohne weiteres von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann, ging doch der Kreisarzt aufgrund der Schulterbeschwerden davon aus, dass eine Tätigkeit mit Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar sei (vgl. Bericht vom 9. März 2018, vorstehend E. 6.10). Diese Einschränkung wurde bei der vorgenommenen Zumutbarkeitsbeurteilung weder beachtet noch wurde begründet dargelegt, weshalb sie im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht mehr berücksichtigt werden sollte. Daran ändern die Ausführungen der Beschwerdegegnerin nichts, wonach die Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Schulter deshalb keinen Eingang in die Zumutbarkeitsbeurteilung gefunden hätten, weil die rechte Hand ohnehin nur noch als Hilfshand eingeschätzt worden sei. Bei dieser Argumentation wird ausser Acht gelassen, dass die Prüfung des Rentenanspruchs grundsätzlich auf einer umfassenden Würdigung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden beruhen muss. Dies drängt sich vorliegend umso mehr auf, als im unfallversicherungsrechtlichen Bereich der Anspruch auf eine Rente prozentgenau zu berechnen ist und dadurch jede Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit – über einen allfälligen leidensbedingten Abzug hinaus – Einfluss auf die Höhe des Anspruchs haben kann (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

8.2.2 Schliesslich ist auch die Abklärung der psychischen Beschwerden des Versicherten durch die Beschwerdegegnerin unzureichend. Wie vorstehend in Erwägung 6.18.1 ff. aufgeführt, stand der Beschwerdeführer nach dem Unfall in regelmässiger psychiatrischer Behandlung bei Dr. N.____, weil er an Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, innerer Unruhe, Alpträumen, Flash Backs und an einer enormen Angst litt, wieder arbeiten zu müssen. Dr. N.____ diagnostizierte eine PTBS mit mittelgradiger depressiver Störung. Im Rahmen des Aufenthalts in der Rehaklinik K.____ wurde diese Diagnose insofern bestätigt, als im psychosomatischen Konsilium unter anderem festgestellt wurde, dass beim Beschwerdeführer eine PTBS in weitgehender Remission vorliege. Weiter fällt auf, dass die untersuchende Ärzteschaft der Rehaklinik K.____ nebst der remittierten PTBS differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), und eine Akrophobie (ICD-10: F40.2), welche reaktiv durch den Sturz entstanden sei, bestätigte. Die psychischen Befunde würden – so die Rehaklinik weiter – eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung zusätzlich zu den muskeloskelettal bedingten Einschränkungen verursachen. Die Beschwerdegegnerin selbst anerkannte in ihrer Verfügung zwar, dass neben den somatischen Beschwerden auch psychogen bedingte Störungen die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würden. In der Folge unterliess sie es jedoch, die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt

des Fallabschlusses konkret medizinisch abklären zu lassen und eine nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Auch unter diesem Gesichtspunkt bestehen daher erhebliche Zweifel an der Beurteilung der Beschwerdegegnerin. Wenn sie weiter zur Begründung anführt, dass die psychischen Beeinträchtigungen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. Juni 2014 stünden, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden Dies umso weniger, als sie auf eine konkrete Prüfung der Adäquanz im Sinne von BGE 115 V 351 ff. verzichtete. So erscheint das Unfallereignis unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Beschwerdeführer aus 4 Metern Höhe von einem Baugerüst gestürzt ist, und des schwierigen und jahrelangen Heilungsprozesses und der ausgeprägten Schmerzsituation nicht als derart banal, dass ihm von vorneweg eine massgebende Bedeutung an der Entstehung einer psychisch bedingten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit abgesprochen werden müsste. Unter diesen Umständen besteht auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden weiterer Abklärungsbedarf durch die Beschwerdegegnerin.

8.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen der Rehaklinik K.____ und des Kreisarztes Dr. F.____ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.3 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die versicherungsinternen Beurteilungen abgestellt werden. Hält man sich zum einen die Komplexität des Beschwerdebilds des Versicherten und zum andern die sich aus dem Untersuchungsgrundsatz ergebende Pflicht des Versicherungsträgers, den rechtserheblichen (medizinischen) Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), vor Augen, so müssen die von der Suva im Verwaltungsverfahren getroffenen Abklärungen letztlich als nicht ausreichend bezeichnet werden. Es sind deshalb weitere Abklärungen vorzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden können, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff). Da die Beschwerdegegnerin nicht alle erforderlichen Abklärungen vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Die Suva hat deshalb den somatischen medizinischen Sachverhalt in Bezug auf die Auswirkungen der Beschwerden im rechten Handgelenk und der rechten Schulter unter Berücksichtigung der ausgeprägten Schmerzproblematik extern orthopädisch abklären zu lassen. Weiter muss sie den Beschwerdeführer psychiatrisch begutachten lassen, wobei im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 ff. festzustellen sein wird, ob und in welchem Ausmass die erhobenen Befunde Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit haben. Schliesslich muss der Umfang der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit insgesamt neu beurteilt werden. Anschliessend wird die Suva gestützt auf die Ergebnisse ihrer Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) neu zu befinden haben. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheent-

scheids vom 24. September 2020 zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9.1 Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende Dezember 2020 in Kraft gewesenen und vorliegend anwendbaren Fassung ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos, weshalb vorliegend keine Kosten zu erheben sind.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Suva zurückzuweisen ist, hat diese dem Versicherten eine Parteientschädigung auszurichten. Sein Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 19. März 2021 einen Zeitaufwand von 12.5 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Für den nach dem 19. März 2021 entstandenen Aufwand rechtfertigt es sich, den Rechtsvertreter mit einer weiteren Stunde zu entschädigen, weshalb ihm Bemühungen von insgesamt 13.5 Stunden zu entschädigen sind. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 10.10. Dem Beschwerdeführer ist somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'645.75 (13.5 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 10.10 plus 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Suva zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können vgl. (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (vgl. Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rück-weisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (vgl. BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

:///: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 24. September 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'645.75 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.