



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 3. Dezember 2020 (725 20 230 / 303)**

---

**Unfallversicherung**

**Verkehrsunfall einer jungen versicherten Person mit natürlich-kausalen somatischen und psychischen Unfallfolgen; Prüfung gemäss BGE 115 V 133 ergibt, dass dem Unfallereignis eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zukommt, da es sich um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich handelt und fünf der sieben Adäquanzkriterien gegeben sind**

\_\_\_\_\_  
Besetzung      Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

\_\_\_\_\_  
Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

**Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_  
Betreff      Leistungen

A.      A.\_\_\_\_\_, geboren 1989, machte bei der B.\_\_\_\_ AG eine Lehre als Logistikassistent und war bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Am 14. November 2008 verunfallte er mit seinem

Auto und zog sich eine Femurschaftfraktur, eine komplexe erstgradige offene Unterschenkelfraktur links (Pilon tibiale, Talus- und Calcaneusfraktur) mit Décollement und ein Kontusionstrauma des rechten Sprunggelenks mit Fibulafraktur zu. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung). Ende März 2010 wurde dem Versicherten vom Spital C.\_\_\_\_ wieder eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Möglichen attestiert, worauf die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die erstmalige berufliche Ausbildung des Versicherten in die Wege leitete. A.\_\_\_\_ absolvierte während eineinhalb Jahren die Handelsschule und schloss diese per XX.XX.2014 erfolgreich ab. Gestützt auf eine kreisärztliche Untersuchung lehnte die Suva mit Verfügung vom 16. Juli 2014 (act. 183) einen Anspruch auf eine Invalidenrente ab und sprach eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 15 % zu. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Da der Gesundheitszustand von A.\_\_\_\_ in der Folge instabil blieb, wurde der Suva Ende Dezember 2014 ein Rückfall gemeldet, worauf sie wieder Leistungen ausrichtete (act. 200). In den Jahren 2015 bis 2019 unterzog sich der Versicherte im Spital C.\_\_\_\_ weiteren Operationen zur Behebung der Unfallfolgen. Ab dem Jahr 2015 traten zudem psychische Gesundheitsstörungen auf, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten und eine mehrwöchige stationäre Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ notwendig machten. Nach einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung lehnte die Suva mit Verfügung vom 19. Dezember 2019 einen Anspruch auf eine Invalidenrente mangels einer erheblichen unfallbedingten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ab und sprach dem Versicherten eine weitere Integritätsentschädigung basierend auf einem 15 %-igen Integritätsschaden zu. In der Begründung führte sie aus, dass der Versicherte im Rahmen der IV-Eingliederungsmassnahmen das Handelsdiplom erworben habe. Eine Bürotätigkeit entspreche durchaus dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil. Neben den organisch bedingten Unfallfolgen würden auch psychische Störungen die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Für diese Beschwerden habe sie nur einzustehen, wenn diese eine natürliche und adäquate Folge des Unfalles seien. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen sei davon auszugehen, dass die psychischen Störungen nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis stehen würden, weshalb eine diesbezügliche Leistungspflicht entfalle. Die gegen diese Verfügung vom Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, am 23. Januar 2020 erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 18. Mai 2020 ab.

B. Mit Eingabe vom 10. Juni 2020 erhob A.\_\_\_\_, erneut vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, gegen den Einspracheentscheid Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, wobei die folgenden Rechtsbegehren gestellt wurden:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 18. Mai 2020 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zurückgehend auf das Unfallereignis vom 14. November 2008 zuzusprechen und auszurichten.
  - a. Es seien dem Beschwerdeführer über das Einstellungsdatum vom 31. Januar 2020 weiterhin kurzfristige Leistungen in Form insbesondere von Taggeldern und der Übernahme von Heilungskosten zuzusprechen und auszurichten.
  - b. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2020 eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 10 % zuzusprechen und auszurichten.
2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 18. Mai 2020 aufzuheben und es sei eine gerichtliche medizinische Expertise zur Klärung der Unfallkausalität und des Zeitpunkts des Erreichens des

Endzustands der gesundheitlichen Beeinträchtigungen – eventualiter zur Klärung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit – des Beschwerdeführers einzuholen und neu über den Anspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden.

3. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Jan Herrmann zu bewilligen.
4. Unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der Akten wird in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Kantonsgericht erhobene Beschwerde vom 10. Juni 2020 ist einzutreten.

2. Zwischen den Parteien ist umstritten, ob der Entscheid auf einer genügenden Aktenlage basiert und die Leistungseinstellung zu Recht ohne Berücksichtigung der Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers per 31. Januar 2020 vorgenommen wurde.

3.1 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da der vorliegend zu beurteilenden Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahr 2008 zugrunde liegt, finden nachfolgend die bis 31. Dezember 2016 massgebenden Bestimmungen Anwendung.

3.2 Gemäss 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 Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Für diese Leistungen hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur

unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

3.3 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 beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 360 E. 5b) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

3.4 Ursachen im Sinn des adäquaten Kausalzusammenhangs sind diejenigen Ereignisse, die nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt des Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.2 f.). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 112 V 30 E. 1b). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). Stehen hingegen psychische Unfallfolgeschäden zur Beurteilung, so hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Danach ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall erforderlich, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist bzw. ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7).

3.5 Die vorübergehenden Leistungen wie Taggelder und Heilbehandlung hat der Unfallversicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was darunter zu verstehen ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei muss die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen (BGE 134 V 109 E. 4.3). Trifft dies nicht mehr zu, ist

der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Prüfung der Adäquanz, d.h. der Fallabschluss, ist bei Anwendung der Praxis gemäss BGE 115 V 133 in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1, 144 V 354 E. 4.2). Ob der Fallabschluss rechtzeitig erfolgt ist, kann erst geprüft werden, wenn der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2015, 8C\_170/2015, E. 4.2).

3.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche – insbesondere bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 132 V 93 E. 4). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1). Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht sind. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Sie dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

4.1 Zu prüfen ist in einem ersten Schritt die Rüge des Beschwerdeführers, der medizinische Endzustand sei im Dezember 2019 noch nicht erreicht gewesen, sodass die Voraussetzungen für eine Einstellung der vorübergehenden Leistungen im genannten Zeitpunkt nicht erfüllt gewesen seien. Der Entscheid basiere zudem auf einer unzureichenden Aktenlage, weshalb er den Untersuchungsgrundsatz nach Art. 43 ATSG verletze.

4.2 Nachdem die Beschwerdegegnerin den Fall erstmals mit Verfügung vom 16. Juli 2014 abgeschlossen, einen Anspruch auf eine Invalidenrente mangels erheblicher unfallbedingter Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit verneint und dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 15 % ausgerichtet hatte, liess der Beschwerdeführer aufgrund von Schmerzen am linken Innenknöchel per Dezember 2014 einen Rückfall melden. Nach umfangreichen somatischen und psychischen Heilbehandlungen, deren Kosten von der Beschwerdegegnerin übernommen wurden, prüfte diese den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung erneut. Sie stützte sich bei der Beurteilung der Frage, ob der Fall unter gleichzeitiger Prüfung der Adäquanz abgeschlossen kann, auf den kreisärztlichen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 15. November 2019 (act. 421). Dr. E.\_\_\_\_ führt darin aus, dass rein auf unfallchirurgisch-orthopädischem Gebiet aktuell ein Zeitpunkt erreicht sei, an dem von einer weiteren Behandlung keine namhafte Verbesserung der Unfallfolgen mehr erwartet werden könne. Es sei zwar bei dem jungen Versicherten wahrscheinlich, dass mittel- bis langfristig bei grösser werdendem Leidensdruck und gegebenenfalls auch einer Verbesserung der aktuellen seelischen Situation wieder Behandlungen vorgenommen würden, aktuell sei nach Berichtslage und auch aus kreisärztlicher Sicht ein solches Vorgehen jedoch nicht sinnvoll oder wirksam.

4.3 Die Schlussfolgerungen von Dr. E.\_\_\_\_ betreffend das Erreichen eines Endzustands der somatischen Unfallfolgen sind nachvollziehbar und schlüssig. Es liegen auch keine Indizien vor, die Zweifel an seiner Beurteilung wecken würden. Sie stimmt einerseits mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ überein, die im Bericht vom 16. Oktober 2019 (act. 408) und damit vier Monate nach dem letzten operativen Eingriff zwar einen protrahierten Verlauf beschreiben, aufgrund der komplexen Vorgeschichte und der Schmerzsituation aber von einer weiteren Operation abraten, eine Verlaufskontrolle in sechs Monaten empfehlen und weiter festhalten, dass grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit für eine sitzende und leichte wechselnde Tätigkeit bestehe. Andererseits erklärte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. E.\_\_\_\_, dass er noch einmal pro Woche Physiotherapie habe, er aber bezüglich seiner Beschwerden am Körper schon seit längerem keine Fortschritte mehr bemerke. Durch die Operation vom Juni 2019, und auch durch die Operation davor, habe er keinerlei Beschwerdebesserung erfahren. Er habe überhaupt nicht von den Operationen profitiert. Er wolle auch keine weitere Operation mehr, auch wenn sie ihm angeboten würde. Die Beschwerdegegnerin geht somit zu Recht davon aus, dass in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen per Dezember 2019 eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands und damit eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr überwiegend wahrscheinlich erscheint.

5.1 In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, ob zur Beurteilung der Auswirkungen der somatischen Unfallfolgen auf die Arbeitsfähigkeit und damit die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. November 2019 abzustellen ist. Dr. E.\_\_\_\_ führt aus, dass der Versicherte aufgrund der Unfallfolgen aus somatischer Sicht noch in der Lage sei, eine leichte wechselbelastende Arbeit ganztags auszuüben. Diese Tätigkeit sollte überwiegend,

d.h. mindestens 50 %, sitzend erfolgen. Arbeiten in unebenem Gelände, Tätigkeiten in der Hocke und Klettern auf Leitern und Gerüste seien nicht mehr möglich.

5.2.1 Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige alle Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten erfolgt. Hinsichtlich der Ausführungen zu den medizinisch noch möglichen Tätigkeiten aufgrund der Beinverletzungen sei sie einleuchtend und schlüssig. Es fänden sich im Dossier keine Hinweise, die daran Zweifel wecken würden.

5.2.2 Der Beschwerdeführer zieht das Arbeitsplatzprofil von Dr. E.\_\_\_\_ in Zweifel, da mit einiger Wahrscheinlichkeit zu vermuten sei, dass ihm auch eine vorwiegend sitzende Tätigkeit nicht ohne Leistungsbeeinträchtigung möglich sei. Er sei durchgehend schmerzgeplagt und es bestehe tagsüber auch in sitzender Position eine erhebliche Schwellneigung mit zunehmenden Schmerzen und einem Druckgefühl. Er leide an permanentem Ruheschmerz, der bei Belastung noch zunehme. Es sei ihm lediglich möglich, 20 Minuten am Stück zu gehen. Ohne Pausen sei lediglich eine Gehstrecke von 400 m möglich. Bewegungen mit dem verletzten linken Fuss auf einem rollenden Bürostuhl würden Schmerzen und Schwellungen verursachen. Der Unterschenkel schwellen beim Sitzen ohne Hochlagerung des Beins nach rund ein bis zwei Stunden an. Es entstehe ein sehr unangenehmes Spannungsgefühl und ein Druckschmerz. Hierbei würden sich mitunter auch elektrisierende einschliessende Schmerzen einstellen. Er sei daher immer noch auf die Einnahme von Schmerzmitteln angewiesen. Er müsse den Fuss auch sitzend – insbesondere aufgrund der Schwellneigung – hochlagern und dementsprechend benötige er einen angepassten Arbeitsplatz. Im Übrigen beklage er tagsüber, unabhängig von den psychischen Beschwerden, eine im Tagesverlauf zunehmende Unkonzentriertheit und Müdigkeit. Zweifel am Beweiswert des Berichts bestünden auch, da eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung und ihrer Folgen sowie die Umschreibung der Belastbarkeit des Gelenks und die Darstellung der praktischen Leistungsfähigkeit bzw. der Behinderung im täglichen Leben fehlen würden. Die Definition des Arbeitsplatz- und Belastbarkeitsprofils durch Dr. E.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar und es sei nicht ersichtlich, wie sich dieses herleite. Er zeige nicht auf, inwiefern das linke Fussgelenk nur vermindert leistungsfähig und belastbar sei und wie sich dies im täglichen Leben und vor allem bei beruflicher Belastung auswirke. Es fehle eine Umschreibung der Geh- und Stehfähigkeit des Beschwerdeführers über einen längeren Zeitraum und an mehreren aufeinanderfolgenden Werktagen. Es fehle auch die Begründung, weshalb der Beschwerdeführer nur zu 50 % wechselbelastend tätig sein könne und er mindestens zu 50 % rein sitzend tätig sein sollte.

5.3 Die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ umfasst lediglich wenige Zeilen und ist damit knapp ausgefallen, insbesondere wenn man sich die Beschwerden und Funktionseinschränkungen des Beschwerdeführers vor Augen führt: Erhebliche belastungsindizierte Beschwerden am linken oberen Sprunggelenk (OSG) bei schwerer OSG-Arthrose und fortgeschrittener Arthrose am unteren Sprunggelenk (USG), Berührungsempfindlichkeit am gesamten linken Unterschenkel und am linken Fuss mit Sensibilitätsstörungen, eine Funktionseinschränkung der linken Hüfte, ein Muskeldefizit am linken Bein und gewisse belastungsindizierte Beschwerden am rechten OSG. Fraglich ist vor allem, ob aufgrund der geltend gemachten Schwellneigung und der erheblichen belastungsindizierten Beschwerden am linken OSG bei einem 100 % Pensum nicht

ein reduziertes Rendement und/oder ein erhöhter Pausenbedarf erforderlich sind. Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, die Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ stimme mit derjenigen des Spitals C.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Oktober 2019 (act. 408) überein, kann ihr nicht gefolgt werden. Das Spital C.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer bis zu dieser Kontrolluntersuchung weitestgehend eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer schilderte gegenüber den behandelnden Ärzten, dass keine wesentliche Änderung der Beschwerden im Vergleich zu präoperativ bestehe. Die Beschwerden bestünden vor allem auf der ventralen Kante und nach wie vor belastungsabhängig. Die behandelnden Ärzte halten fest, dass sich vier Monate postoperativ leider ein protrahiertes Verlaufs zeige. Aufgrund der komplexen Vorgeschichte und Schmerzsituation rate man dem Patienten von einer weiteren Operation ab. Geplant werde ein abwartendes Verhalten mit einer Verlaufskontrolle in sechs Monaten. Die Arbeitsfähigkeit für sitzende und leicht wechselnde Tätigkeiten sei grundsätzlich freigegeben. Dieser Formulierung kann nun aber keine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, wie sie von Dr. E.\_\_\_\_ festgelegt wurde, entnommen werden, dafür ist sie aufgrund der Verwendung des Wortes "grundsätzlich" zu vorsichtig formuliert. Auf der anderen Seite können die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen nicht alle dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ entnommen werden, so zum Beispiel der Ruheschmerz, dessen Vorliegen aufgrund der schweren OSG-Arthrose aber auch nicht völlig abwegig erscheint. Damit liegen mehrere Indizien vor, die Zweifel am Zumutbarkeitsprofil von Dr. E.\_\_\_\_ wecken, weshalb zur Beurteilung der Auswirkungen der somatischen Unfallfolgen auf die Arbeitsfähigkeit und damit die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht darauf abgestellt werden kann. In diesem Punkt sind neue Abklärungen angezeigt, eventuell auch unter Zuhilfenahme einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL).

6.1 Damit ist als nächstes zu prüfen, ob psychische Beschwerden vorliegen, die unfallkausal sind und die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen. Folgende psychiatrische Berichte liegen bei den Akten:

6.2.1 Mit Bericht vom 20. November 2017 (act. 307) nimmt Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH und FA Psychosomatik, aus psychosomatischer Sicht Stellung. Als aktuelle Befunde hält er ein schweres depressives Symptom, eine Angststörung mit Panikattacken und sozialer Phobie, eine chronische Schmerzstörung resp. somatische Belastungsstörung, eine Unverträglichkeit von diversen Antidepressiva und den Verdacht auf ADHS im Erwachsenenalter fest. Der Patient weise biographische Besonderheiten auf, die ihn als erhöht vulnerabel erscheinen liessen. Der Autounfall mit 19 Jahren müsse, neben den bekannten Folgen, als psychisch traumatisierend bezeichnet werden. Die Operationen hätten wohl vieles zur Genesung beigetragen, deren Umstände jedoch, und dies teilweise wiederholt, hätten ungünstig auf den psychischen Zustand des Patienten eingewirkt. Es sei daher anzunehmen, dass der überwiegende Teil der psychiatrischen Symptomatik durch den Unfall im Jahr 2008 resp. durch die Unfallfolgen entstanden sei. Die Berufsalternative Handelsdiplom, obwohl in guter Absicht angeboten, müsse angesichts der Prioritäten und Fähigkeiten des Patienten als ungünstig bezeichnet werden. Eine Abklärung des ADHS und weitere Psychodiagnostik seien unumgänglich. In Anbetracht dieser Faktoren werde die Suva gebeten, für die psychosomatische Behandlung des Patienten aufzukommen.

6.2.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, hält in Rahmen einer Aktennotiz am 4. Dezember 2017 fest (act. 308), dass der ausführliche Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ ein plastisches Bild des Versicherten zeichne, mit einer belasteten Biographie, Suchterkrankung des Vaters, langjährigen Konflikten, Scheidungssituation, Tod der Schwester und der Vermutung, dass ein ADHS in der Jugend vorgelegen haben könnte (ereignisfremde Faktoren). Ferner würden Hinweise auf eine Suchterkrankung vorliegen. Anamnestisch werde der Konsum von Cannabis erwähnt. Für die Beurteilung der natürlichen Kausalität reiche dieser Bericht nicht aus. Daher schlage er vor, dass der Versicherte für einen stationären Aufenthalt aufgeboden werde.

6.2.3 Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Beschwerdeführer von Dr. H.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet. Mit Gutachten vom 21. September 2017 (act. 321) diagnostiziert dieser mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode, wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.01). Dr. H.\_\_\_\_ vermerkt, dass der Explorand deutlich deprimiert, wenig schwingungsfähig und nicht affektlabil sei (Gutachten, S. 5). Weiter hält er fest, dass sich der Explorand in reduziertem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand präsentiere. Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen würden auffallen und auch geltend gemacht. Schuldgefühle seien in Bezug auf den Autounfall deutlich vorhanden und Insuffizienzgefühle bestünden ebenfalls. Panik- und Angstsymptome bestünden und träten vor allem bei Arztterminen auf, aber auch bei anderen Terminen. Der Antrieb und die Interessen seien reduziert und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit. Der Appetit sei reduziert, Ein- und Durchschlafstörungen bestünden regelmässig. Der Explorand sei auch verzweifelt. Aufgrund der deutlich depressiven Symptomatik bestehe eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (Gutachten, S. 10).

6.2.4 Mit Bericht vom 22. Dezember 2017 (act. 321) hält Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ sicher konzis abgefasst worden sei, die komplexe Situation des Patienten jedoch nicht berücksichtige. Dr. F.\_\_\_\_ diagnostiziert eine depressive Episode, aktuell mittelschwer bei Status nach schwerer depressiver Episode im August 2017, somatischer Belastungsstörung und gemischter Angststörung. Für die reduzierte Arbeitsfähigkeit verantwortlich seien nicht nur die depressive Symptomatik, sondern auch die somatische Belastungsstörung mit der Angabe von Schmerzen, die gemäss Aussagen des Patienten keinen Arbeitseinsatz länger als ein bis zwei Stunden erlauben würden. Der Patient sei derzeit zu 0 % arbeitsfähig (vgl. insbesondere Bericht an die IV-Stelle vom 7. Dezember 2017, act. 321).

6.2.5 In der Folge absolvierte der Beschwerdeführer vom 30. Mai 2018 bis 14. August 2018 einen stationären Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ (Bericht vom 23. April 2018, act. 326 ff.). Im Austrittsbericht vom 19. September 2018 (act. 342, korrigierte Version act. 360, vgl. auch act. 365) diagnostizieren die behandelnden Ärztinnen: 1. Posttraumatische Belastungsstörung mit wechselnder Ausprägung, 2. Mittelgradige depressive Episode mit Rahmen der Diagnose 1, 3. Chronisches Schmerzsyndrom des linken OSG bei Status nach Auto-Selbstunfall im November 2008 mit Polytrauma und Entwicklung einer OSG-Arthrose und Tibiarotationsfehler nach offener Reposition und mehreren Osteosynthesen sowie Reoperationen im Verlauf und mangelnder

Krankheitsakzeptanz mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, 4. Agoraphobie mit Panikstörung, 5. Benzodiazepinabhängigkeit, 6. OSG-Arthrose und Tibiarotationsfehler links bei Status nach Polytrauma, 7. Schädlicher Gebrauch von Cannabis, 8. Vitamin D-Mangel sowie 9. Hypercholesterinämie. Für die Dauer des Aufenthalts habe eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit bestanden.

6.2.6 Dr. G.\_\_\_\_ hält im Rahmen einer Aktennotiz am 6. Dezember 2018 (act. 348) fest, dass eine natürliche Teil-Kausalität der psychischen Beschwerden zum Unfallereignis gegeben sei. Eine weitere Traumabehandlung sei indiziert, da eine stationäre traumafokussierte Behandlung den Gesundheitszustand noch namhaft verbessern könne. Ein Endzustand und eine eigenständige sekundäre psychische Erkrankung lägen nicht vor.

6.2.7 In der Folge wechselte der Beschwerdeführer zu Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Im Bericht vom 16. Februar 2019 (act. 373) diagnostiziert Dr. I.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig, eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Zolpidem / Alprazolam gegenwärtiger Substanzgebrauch, Cannabis gemäss Eigenangabe / Bericht Klinik D.\_\_\_\_ sistiert und ein nicht näher bezeichneter Gebrauch von Alkohol. Mit Arztzeugnis vom 16. Oktober 2019 hält Dr. I.\_\_\_\_ eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 14. Oktober 2019 bis 31. Dezember 2019 aufgrund von Krankheit fest (act. 407, vgl. auch ärztlicher Zwischenbericht vom 1. Oktober 2019, act. 417).

6.2.8 Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 13. November 2019 hält Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass sich das Gespräch mit dem Versicherten schwierig gestalte, er recht wortkarg und einsilbig sei und ein Gefühl der Resignation, Mutlosigkeit und etwas Traurigkeit verströme und sich in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand befinde. An der abschliessenden Besprechung habe der Versicherte aufgrund der seelischen Situation teils einen abwesenden Eindruck gemacht, habe aber angegeben, alles verstanden zu haben. Der Versicherte habe keine Überlegungen angestellt, wie es in seiner Situation beruflich weitergehe, er sei momentan nicht dazu in der Lage.

6.3 Die Würdigung dieser Berichte zeigt, dass sich die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers nach der Rückfallmeldung Ende 2014 verschlechterte. Er selbst gibt an, dass er erstmals im Jahr 2015 eine Panikattacke erlebt habe, als ihm von der Orthopädie des Spitals C.\_\_\_\_ mitgeteilt worden sei, dass sein Bein nicht mehr gut werde (Bericht der Klinik D.\_\_\_\_, S. 4). Zeitgleich mit der Tätigkeit bei der J.\_\_\_\_ von Februar 2016 bis September 2017 verstärkten sich die psychischen Probleme weiter, insbesondere die Angst- und Panikattacken. Im Jahr 2017 wurde eine psychoanalytische Behandlung aufgenommen, die aber nicht weitergeführt wurde. Im November 2017 erfolgte eine psychosomatische Abklärung bei Dr. F.\_\_\_\_ mit anschliessender Therapie. Der mehrwöchige Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ während des Sommers 2018 brachte eine gewisse Verbesserung (vgl. S. 5 des Austrittsberichts vom 19. September 2018, act. 365). In der Folge hält Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass eine traumafokussierte Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands bewirken könne. Daraufhin begab sich der Beschwerdeführer bei Dr. I.\_\_\_\_ in Behandlung. Im Rahmen des Fallabschlusses verzichtete die Beschwerdegegnerin darauf, von Dr. G.\_\_\_\_ eine weitere Beurteilung einzuholen.

Ausgehend von diesen Berichten und der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_\_ steht fest, dass psychiatrische Beschwerden bestehen, die sowohl behandlungsbedürftig sind als auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken. Gestützt auf die Aktennotiz von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2018 steht weiter fest, dass die psychischen Beschwerden teilsächlich auf das Unfallereignis vom 14. November 2008 zurückzuführen sind. Der natürliche Kausalzusammenhang wird von der Beschwerdegegnerin ausdrücklich anerkannt. Weitere Schlussfolgerungen in Bezug auf die psychischen Unfallfolgen lassen sich gestützt auf die jetzige Aktenlage aber nicht zuverlässig ziehen, da sich die vorgenannten medizinischen Berichte sowohl in der Diagnosestellung als auch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Teil erheblich unterscheiden. Unklar ist damit, unter welchen psychiatrischen Beschwerdebildern der Beschwerdeführer leidet, ob durch die Behandlung derselben noch eine namhafte Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann und inwiefern die Arbeitsfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil durch die psychischen Leiden beeinflusst werden. Derzeit kann auch keine verlässliche Aussage über das Zusammenwirken der verschiedenen somatischen und psychischen Beschwerden gemacht werden. Auch hierzu fehlen verlässliche medizinische Unterlagen. Soweit sich somit nachfolgend ergeben sollte, dass die psychischen Beschwerden adäquat-kausal auf das Unfallereignis vom 14. November 2008 zurückzuführen sind, ist der medizinische Sachverhalt nicht nur in somatischer, sondern auch in psychiatrischer Hinsicht neu abzuklären, und zwar unter Zuhilfenahme eines externen bi- oder polydisziplinären Gutachtens gemäss Art. 44 ATSG. Dieses Gutachten wird sich auch aus einer Gesamtsicht zu den Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Erwerbsfähigkeit zu äussern zu haben.

7.1 Für die Beurteilung der Frage, ob dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt (vgl. dazu Erwägung 3.4 hiervor), ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei das Bundesgericht folgende Einteilung vornimmt: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der körperlich bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann.

Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten. Erweist sich ein Unfall bei gegebenem natürlichem Kausalzusammenhang nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung als geeignet, eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit zu verursachen, so darf die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nicht etwa deshalb verneint werden, weil die betroffene Person mit ihrer besonderen psychischen Prädisposition ausserhalb der weiten Gruppe der Versicherten liegt, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen weniger anfälliger sind. Andernfalls würde von der betroffenen Person zu Unrecht verlangt, dem Unfallereignis einen grösseren psychischen Widerstand entgegenzusetzen, als es von einer der erwähnten Bandbreite angehörenden versicherten Person erwartet würde (BGE 115 V 133 E. 4 und 6c/bb).

7.2.1 Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu prüfen, ob der Verkehrsunfall vom 14. November 2008 eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die ein eigenes Kriterium bildenden Verletzungen, die sich die versicherte Person zuzieht, oder auch für äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht. Diese äusseren Umstände sind unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2009, 8C\_799/2008, E. 3.2.1).

7.2.2 Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid davon aus, dass es sich um ein mittelschweres Ereignis, nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend, handle. Daher könne die Adäquanz nur bejaht werden, wenn drei der sieben Kriterien erfüllt seien oder eines davon besonders ausgeprägt. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es

liege ein schweres Ereignis vor, weshalb die psychischen Beschwerden ohne eigentliche Adäquanztprüfung kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Es handle sich nicht um eine einfache Kollision, tatsächlich seien für das Unfallereignis zusätzliche erschwerende Umstände aufzuführen. Als solche seien insbesondere zu nennen eine hohe, übersetzte Geschwindigkeit mit Kontrollverlust über das Fahrzeug, eine Irrfahrt abseits der Strasse und Mehrfachkollisionen, Beteiligung einer mitfahrenden Person mit entsprechenden Ängsten und Schuldgefühlen des Beschwerdeführers, Wegschleudern des Fahrzeugs über mehrere Meter mit einem zusätzlichen Überschlagen des Fahrzeugs, Todesangst des Beschwerdeführers, Angst, ein Bein zu verlieren und eine Invalidität zu erleiden, Einklemmt sein während rund zwei Stunden im Fahrzeugwrack mit Gefühllosigkeit der Beine und zusätzlichem Ausbruch des Feuers sowie eine langwierige und schwierige Bergung aus dem Fahrzeugwrack. Die Irrfahrt und Mehrfachkollision (Grenzstein, steiles Waldbord, Baumstrunk, Rücksturz mit Überschlag auf die Strasse) habe er sehenden Auges und machtlos erlebt. Das subjektive Erleben sei auch aus objektiver Sicht nachvollziehbar. Auch nach dem Unfall hätten ihn Schuldgefühle und Todes- und Invaliditätsängste geplagt.

7.2.3 Laut Bericht der Kantonspolizei Z.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2008 (act. 17) fuhr der Beschwerdeführer mit seinem Personenwagen um 15:22 Uhr mit übersetzter Geschwindigkeit – angeblich mit ca. 110 km/h, Zeugen berichten von einer noch höheren Geschwindigkeit – auf der Hauptstrasse. In einer leichten Rechtskurve verlor er die Kontrolle über sein Fahrzeug, schleuderte nach links quer über die Strasse, prallte am linksseitigen Strassenrand gegen einen Grenzstein, fuhr in der Folge schräg das steile Waldbord hinauf, hob dort auf einem Hubbel ab und prallte anschliessend gegen einen Baumstrunk. Danach stürzte das Auto frontal auf die Strasse zurück, geriet über den rechtsseitigen Strassenrand hinaus und kam an der steilen Strassenböschung zum Stillstand. Die Distanz von der ersten Stopp-/Schleuderspür des Unfallwagens bis zum Stillstand an der steilen Strassenböschung betrug genau 100 m. Der Wagen flog aufgrund eines Hubbels auf seiner Schleuderfahrt 18 m durch die Luft und prallte danach frontal gegen einen am steilen Waldbord, 3,4 m von der Strasse entfernten Baumstrunk. Im Fahrzeug befanden sich der Beschwerdeführer und ein Kollege. Der Beschwerdeführer war mit beiden Beinen im Fahrzeug eingeklemmt. Bis zum Eintreffen der Sanität und der Feuerwehr wurde er durch Drittpersonen betreut. In der Folge musste er durch die Feuerwehr geborgen werden und wurde anschliessend mit der Sanität ins Spital C.\_\_\_\_ gebracht. Der leicht verletzte Beifahrer konnte sich selber aus dem Fahrzeug befreien und wurde ebenfalls mit der Ambulanz ins Spital C.\_\_\_\_ gefahren. Die Bilder des Unfallwagens zeigen sodann ein total zerstörtes Wrack.

7.3 Die bundesgerichtliche Praxis zur Schwere des Unfallereignisses in Zusammenhang mit Fahrzeugunfällen ist äusserst streng. Vergleicht man die vorliegenden Umstände mit der Kasuistik, wie sie vom Bundesgericht im Urteil vom 21. August 2019, 8C\_212/2019, in Erwägung 4.2.2 dargestellt wird, so zeigt sich, dass der Unfall zwar bei hoher Geschwindigkeit auf einer Landstrasse erfolgte, sich das Fahrzeug überschlug und fast 20 m durch die Luft flog. Damit waren aber nicht höhere Krafteinwirkungen verbunden als bei zahlreichen anderen Unfallereignissen, bei denen ein Fahrzeug bei hoher Geschwindigkeit ins Schleudern geriet, sich überschlug, und die von der Rechtsprechung noch als im engeren Sinne mittelschwer beurteilt wurden. Das vorliegende Unfallereignis kann auch nicht mit demjenigen aus dem Urteil des Bundesgerichts vom

11. Februar 2009, 8C\_799/2008, E. 3.2.2, verglichen werden, das aufgrund der sich dabei entwickelten Kräfte als im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert wurde. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten erschwerenden Umstände, die er gleichzeitig zur Qualifizierung des Ereignisses als schwer wie auch zur Bejahung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles erwähnt, weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass diese Umstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, bei der Frage der Unfallschwere nicht zu berücksichtigen sind. Soweit sich der Beschwerdeführer auf die Kasuistik des Bundesgerichts im Zusammenhang mit Kollisionen zwischen Motorrädern und Motorfahrzeugen beruft, kann er daraus ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zum Einen qualifiziert das Bundesgericht diese Unfälle in der Regel als mittelschwer im engeren Sinn. Das Unfallereignis ist zudem nicht ohne Weiteres vergleichbar mit einer Motorradkollision; insbesondere unterscheiden sich die Geschehensabläufe dadurch, dass der Insasse eines Personenwagens durch die Rückhaltesysteme (Sicherheitsgurten; Airbag) geschützt wird, wogegen sich der Motorradfahrer oder dessen Beifahrer im freien Raum befinden. Zum anderen absorbiert die Knautschzone an Personenwagen einen Teil der Kollisionsenergie (Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2020, 8C\_627/2019, E. 5.3.2 und 5.3.3 mit weiteren Hinweisen). Diese Kasuistik ist damit nicht einschlägig. Damit zeigt sich, dass das Ereignis vom 14. November 2008 als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne zu qualifizieren ist, weshalb zur Bejahung der Adäquanz der psychischen Unfallfolgen mindestens drei der Kriterien gegeben sein müssen oder eines sehr ausgeprägt (ANDRÉ NABOLD in: Kommentar zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 UVG Rz. 70). Der Beschwerdeführer macht geltend, es seien drei Kriterien erfüllt: das der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles, das der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und das Kriterium des körperlichen Dauerschmerzes. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass keines der Kriterien bejaht werden könne.

7.4.1 Zunächst ist zu prüfen, ob dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles vorliegen. Die besondere Eindrücklichkeit des Ereignisses ist nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person zu beurteilen (BGE 140 V 356 E. 5.6.1). Dem Kriterium liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei den betroffenen Personen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 12. März 2018, 8C\_720/2017, E. 4.4, und vom 10. März 2020, 8C\_627/2019, E. 5.4.1, je mit Hinweisen). In jüngerer Zeit bejahte das Bundesgericht dieses Kriterium etwa bei einer Massenkarambolage auf einer Autobahn (Urteil vom 22. August 2008, 8C\_623/2007, E. 8.1; vgl. auch Urteil vom 7. Mai 2008, 8C\_633/2007, E. 6.3), bei einem Zusammenstoss zwischen einem Personenwagen und einem Lastwagen in einem Autobahntunnel mit mehreren sich anschliessenden Kollisionen mit der Tunnelwand (Urteil vom 4. September 2008, 8C\_257/2008, E. 3.3.3), bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattel-

schlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf einer längeren Distanz vor sich herschob, und die Insassen des Personenwagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sie aufmerksam zu machen (Urteil vom 22. Oktober 2008, 8C\_508/2008, E. 5.3) oder bei einem in der 29. Woche schwangeren Unfallopfer (Urteil vom 3. Dezember 2008, 8C\_590/2008, E. 5.3).

7.4.2 Vorliegend sind keine Umstände ersichtlich, mit denen sich dieses Kriterium begründen liesse. Daran vermag auch der Unfallhergang (hohe, übersetzte Geschwindigkeit mit Kontrollverlust, Irrfahrt abseits der Strasse und Mehrfachkollisionen, Wegschleudern des Fahrzeugs über insgesamt 18 m mit Überschlag) nichts zu ändern, da die beim Unfall entwickelten Kräfte bereits bei der Einteilung in die Kategorien leicht, mittelschwer und schwer berücksichtigt wurden. Auch die zweistündige schwierige Bergung mit einem zusätzlichen Ausbruch eines Feuers – wobei dieses in den Akten nicht dokumentiert ist – ist nicht als aussergewöhnlich zu bezeichnen. Die Rettungskräfte waren schnell vor Ort, da sie unmittelbar nach dem Unfallereignis von Drittpersonen alarmiert wurden. Der Beschwerdeführer beruft sich darauf, dass sein Kollege beteiligt gewesen sei. In Zusammenhang mit der Beteiligung einer Drittperson bejahte das Bundesgericht das Kriterium bei einem Unfall, bei dem der Beifahrer durch das Dach aus dem Wagen geschleudert wurde, verneinte es aber bei einer hochschwangeren Frau als Mitfahrerin, die nur leicht verletzt wurde oder beim 16-jährigen Sohn als Mitfahrer (Urteile vom 21. August 2019, 8C\_212/2019, E. 4.3.3, und vom 10. Juli 2009, 8C\_673/2008, E. 5.3.2). Der Kollege des Beschwerdeführers verletzte sich nur leicht am Rücken (Rückenprellung), konnte selber aus dem Wagen aussteigen und sich sogar noch um den Beschwerdeführer kümmern. Damit sind im Lichte der Praxis des Bundesgerichts weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit gegeben. Das Kriterium wurde von der Beschwerdegegnerin zu Recht verneint.

7.5.1 Weiter zu prüfen ist die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich nichts geltend. Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid unter Hinweis auf verschiedene Urteile des Bundesgerichts dar, dass die vorliegend erlittenen Femurschaft-, Unterschenkel- und Fibulafrakturen, auch wenn sie komplex seien, das Kriterium nicht erfüllen würden.

7.5.2 Die Beschwerdegegnerin weist auf Urteile des Bundesgerichts hin, in denen die versicherte Person ein Polytrauma erlitten hatte und das Kriterium mit der Begründung verneint wurde, die Verletzungen erschienen nicht als geeignet, erhebliche psychische Fehlreaktionen auszulösen. In BGE 140 V 356 E. 5.5.1 legte das Bundesgericht seine Praxis zu diesem Kriterium dar. Dabei zeigt sich, dass es bei einem schweren Polytrauma die Schwere oder besondere Art der Verletzungen, die dazu geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen zu begünstigen, in der Regel verneint. Das Bundesgericht zeigte aber nicht auf, warum multiple Verletzungen nicht geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen zu begünstigen. Daher sind aus diesem Entscheid keine Erkenntnisse für den konkreten Einzelfall zu gewinnen. Das Urteil zeigt aber, dass das Bundesgericht, wenn es denn das Kriterium bejahte, in Bezug auf die erlittenen Verletzungen von einer besonderen Vulnerabilität der versicherten Person ausging.

7.5.3 Vorliegend handelt es sich um einen im Unfallzeitpunkt knapp 19-jährigen Versicherten, dem kurz vor dem Unfallereignis die Lehrstelle als Logistiker fristlos gekündigt wurde. Aufgrund der bleibenden körperlichen Unfallfolgen konnte er seinen Berufswunsch als Logistiker nicht mehr verwirklichen, sondern wurde von der IV in eine sitzende Bürotätigkeit umgeschult, die seinen persönlichen Fähigkeiten nicht entspricht und in der er in der Folge auch nie Fuss fassen konnte. Die genauen Gründe, weshalb der Beschwerdeführer keine Praktikumsstelle fand, sind nicht bekannt. Aus den medizinischen Berichten geht zudem hervor, dass für den Beschwerdeführer eine Welt zusammengebrach, als ihm von den behandelnden Ärzten im Jahr 2015 eröffnet wurde, dass keine weitere Besserung mehr eintreten und ihm damit letztlich nur eine vorwiegend sitzende berufliche Tätigkeit möglich sein werde. Damit war der Beschwerdeführer aufgrund des an den Beinen erlittenen schweren Polytraumas und dessen Folgen für sein weiteres Berufsleben einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt, die geeignet ist, das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen zu erfüllen.

7.6.1 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 mit Hinweisen), wobei dies nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Februar 2020, 8C\_518/2019, E. 4.4.4, und vom 11. November 2019, 8C\_473/2019, E. 5.4).

7.6.2 Die Beschwerdegegnerin verneint dieses Kriterium. Ausgehend von der Zeitdauer der effektiven Behandlungen über die massgebenden etwas mehr als 11 Jahre und in Anbetracht der komplexen Verletzungen könne nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Der Beschwerdeführer führt aus, dass bei einem Unterbruch von rund zwei Jahren (2012 bis 2014) gesamthaft von einer achtjährigen Behandlungsdauer auszugehen sei (2008 bis 2012, 2015 bis Ende 2019). Diese Behandlungszeit mit insgesamt 11 Eingriffen könne nicht anders als ungewöhnlich lang angesehen werden.

7.6.3 Am Tag des Unfallereignisses wurde im Spital C.\_\_\_\_ eine offene Reposition und Plattenosteosynthese Femur links sowie die Anlage eines gelenksüberbrückenden Fixateurs extern des linken oberen Sprunggelenks mit intraoperativer Logendruckmessung durchgeführt (act. 5). Am 16. November 2008 wurde der Beschwerdeführer aufgrund von Komplikationen, die eine intensivmedizinische Überwachung notwendig machten, ins Spital K.\_\_\_\_ verlegt. Am 24. November 2008 wurden im Spital C.\_\_\_\_ die Entfernung des Fixateurs extern, eine offene Reposition, eine Zugschrauben- und Plattenosteosynthese Tibia, eine Zugschraubenosteosynthese Pilon tibiale, eine Stellschraubenosteosynthese Talus und eine Sehnennaht des Musculus Tibialis anterior (act 7) und am 11. Dezember 2008 eine offene Reposition und Plattenosteosynthese der Fibula links (act. 9) durchgeführt. Während des Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik L.\_\_\_\_ (ab dem 16. Dezember 2008) musste der Beschwerdeführer wegen einer Infektion ins Spital C.\_\_\_\_ rückverlegt werden (act. 10). Dort wurde er nach einer Abklärung am 23. Dezember 2008

erneut ins Spital K.\_\_\_\_ überwiesen, um die plastische Deckung der Hautnekrosen an den Unterschenkeln vornehmen zu lassen (act. 13). Am 31. Dezember 2008 wurden ein Débridement Malleolus lateralis links und VAC-Anlage vorgenommen (Operationsbericht des Spitals K.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2009, act. 25), anschliessend am 7. Januar 2009 im Rahmen einer weiteren Operation die Behebung der Weichteildefekte und eine Neurotomie des Nervus fibularis superficialis links (act. 24). Am 2. Februar 2009 wurde der Beschwerdeführer aus dem Spital K.\_\_\_\_ nach Hause entlassen (vgl. Austrittsbericht vom 3. Februar 2009, act. 26). Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 wird festgehalten, dass eine wenig fortgeschrittene Frakturkonsolidation im Bereich des Unterschenkels bestehe. Die Belastung an Stöcken betrage daher 15 kg. Die Beweglichkeit solle aktiv durch ein Heimprogramm und Physiotherapie gesteigert werden. Die Schwellungszustände seien noch ausgeprägt. Im Rahmen der Verlaufskontrolle in sechs Wochen sei zu beurteilen, ob eine Spongiosaplastik durchzuführen sei (act. 18). Anlässlich der Sprechstunde vom 30. Juli 2009 wird festgehalten, dass der Patient notfallmässig in die Sprechstunde gekommen sei, da er seit zwei bis drei Tagen zunehmend Schmerzen im Bereich des distalen Unterschenkels mediallyseits verspüre. Da am 24. Juli 2009 eine Inzision eines Panaritiums der rechten Grosszehe durchgeführt worden sei, und eine Verschleppung von Keimen vom Grosszehen in das Operationsgebiet möglich sei, werde eine antibiotische Therapie eingeleitet (act. 46). Anlässlich der Kontrolle vom 11. August 2009 wird der Verdacht auf einen Low-Grade Infekt im Bereich des Plattenlagers der Tibia bei delayed Union festgehalten und weitere Abklärungsschritte wurden in die Wege geleitet (act. 47). Dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (act. 54) kann der Verdacht auf eine infizierte Pseudoarthrose der rechten Tibia, die zudem eine verzögerte Knochenheilung zeige, entnommen werden. Symptomatisch sei das Ganze nach der Panarizium-Operation am linken Grosszehen geworden, wobei im Prinzip bereits vorher die Indikation zur Revision der verzögerten Knochenheilung gestellt worden sei. Es werde ein Spitalaufenthalt von drei bis vier Wochen geplant. Am 20. November 2009 wurde das Osteosynthesematerial der Tibia sowie des Malleolus lateralis links entfernt mit Débridement der Pseudoarthrose und der Entnahme von Gewebeproben, zudem wurde eine Keilexzision nach Kocher am Dig. I Fuss links lateral durchgeführt (Operationsbericht vom 23. November 2009, act. 56). Am 4. Dezember 2009 wurden eine korrigierende, varisierende Re-Osteosynthese der Tibia mit Dekortikation und Spongiosaplastik sowie eine Medial-Sliding-Osteotomie des Calcaneus sowie eine Spongiosa vom Beckenkamm links vorgenommen (act. 57). Anlässlich der Kontrolle vom 15. Juni 2010 wird vom Spital C.\_\_\_\_ ein positiver Verlauf bezüglich der Pseudoarthrose und der letzten Revisionsoperation festgehalten. Man werde den Patienten weiterhin halbjährlich kontrollieren und insbesondere ein Augenmerk auf die Rückfussstellung und die aktuell deutliche Sklerosezone am Talus, die immer noch differenzialdiagnostisch als Nekrose imponiere, richten (Bericht vom 22. Juni 2010, act. 81).

Anlässlich der Kontrolle im Spital C.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2011 habe der Versicherte mitgeteilt, dass er medial betonte OSG-Beschwerden links verspüre, die plötzlich seit dem 5. Januar 2011 ohne adäquates Trauma aufgetreten seien. Diese würden sich unter Belastung verschlechtern. Es wurden weitere Abklärungen in die Wege geleitet (Bericht vom 21. Januar 2011, act. 94). Mit Bericht vom 10. Februar 2011 hält das Spital C.\_\_\_\_ (act. 95) fest, dass es zu einer medialen Überlastung des linken OSG gekommen sei. Es bestehe eine komplexe Situation mit zunehmen-

der OSG-Arthrose und zystischen Veränderungen im Talus und einer Überlastung des Innenknöchels. Insgesamt bestehe noch eine valgische Achse im Rückfuss. Bei diesem jungen Patienten sollten weitere gelenkerhaltende Massnahmen durchgeführt werden. Mit Bericht vom 5. April 2011 (act. 101) hält das Spital C.\_\_\_\_ fest, dass in Anbetracht des jungen Alters des Patienten empfohlen werde, die komplexe Fehlstellung, die die die OSG-Valgusarthrose wesentlich mitunterhalte, zu korrigieren. Die Operation sei für den Sommer geplant. Nach der Einholung einer Zweitmeinung im Spital M.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer am 23. August 2011 im Spital C.\_\_\_\_ operiert (Operationsbericht vom 24. August 2011, act. 111). Dabei wurden bei einer posttraumatischen Arthrose am linken OSG und dem Status nach Osteosynthese Femur links eine medial zuklappende supramalleoläre Osteotomie OSG links und eine Metallentfernung Femur links durchgeführt. Anlässlich der Besprechung vom 23. Januar 2011 teilte der behandelnde Chirurg mit, dass sich die Schraube im Oberschenkel leider gelockert habe und auf dem Röntgenbild noch ein kleiner Riss im Knochen erkennbar sei. Dies sei die Ursache der Schmerzen. Falls der Knochen den Riss nicht kompensieren könne, bleibe nur eine operative Stabilisation übrig. Der Patient solle vorerst die Stöcke gebrauchen (act. 128). Mit Bericht vom 2. Juli 2012 hält das Spital C.\_\_\_\_ als Diagnosen eine posttraumatische Arthrose OSG links bei Status nach komplexer Ober- und Unterschenkelverletzung November 2008 fest (act. 142). Der Patient berichte nun über einen praktisch beschwerdefreien Verlauf vonseiten des Oberschenkels. Demgegenüber bestünden Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenks.

Am 19. Januar 2015 wurde aufgrund von Schmerzen am linken Innenknöchel (vgl. Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015; act. 193) ein Rückfall gemeldet (act. 194). Dem Operationsbericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2015 (act. 204) kann entnommen werden, dass das störende Osteosynthesematerial am distalen Unterschenkel links entfernt worden sei. Am 19. Mai 2015 erfolgte eine weitere Operation im Spital C.\_\_\_\_ (act. 224). Dabei wurden ein arthroskopisches Débridement, Cheilektomie, Rekonstruktion der Peronealsehnen sowie des Peronealsehnen gleitlagers links vorgenommen. Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 11. September 2015 (act. 244) hält Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, fest, dass ein langwieriger Heilungsverlauf bestehe und der linke Fuss in Beweglichkeit und Belastbarkeit stark reduziert sei. Als bleibender Nachteil sei eine Gangbehinderung durch den schmerzhaften Restzustand des linken Fusses zu erwarten. Anlässlich einer weiteren Kontrolluntersuchung im Spital C.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2015 wird die Diagnose des Verdachts auf eine posttraumatische Tibiainnentorsion links Talushalsverkürzung gestellt (act. 253). Der Patient klagt aktuell wieder über Schmerzen im Bereich des linken OSG, welche unter konservativer Therapie sowie nach Peronealsehnenrevision nicht regredient gewesen seien. Es würden sich deutliche, posttraumatische, degenerative Veränderungen im Bereich des OSG zeigen. Es bestünden eine konsolidierte Osteotomie und keine Anzeichen einer Lockerung des noch liegenden Osteosynthesematerials im Talus. Dieser scheine verkürzt zu sein. Weitere bildgebende Abklärungen würden daher in die Wege geleitet werden. Dem Bericht vom 3. November 2015 (act. 257) ist zu entnehmen, dass eine Innentorsionsstellung Tibia links von mindestens 8° im Vergleich zur Gegenseite mit/bei schwerem Autounfall 2008 und Zustand nach mehrfachen operativen Eingriffen bestehe. Eine weitere Operation werde vorgeschlagen. Mit Arztbericht vom 11. Dezember 2015 (act. 269) hält Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Anästhesie, fest, dass die Schmerzen am Rist sicher neuropathische Schmerzen seien, die auf eine Nervenläsion zurückzuführen seien. Die Schmerzen

entlang der Tibia-Vorderkante könnten zu einem Tibialis anterior-Syndrom passen. Denkbar sei aber auch eine Reizung des Nervus peroneus communis, die auch für die Schmerzen am Rist verantwortlich sein könnte. Die Schmerzen am Sprunggelenk seien etwas schwieriger zu beurteilen. Einerseits sei eine Chronifizierung möglich als Folge der dortigen Operationen. Die Schmerzverstärkung durch Belastung lasse aber auch an einen akuten Schmerz denken, wobei der Schmerzauslöser noch unbekannt sei. Für eine genaue Beurteilung seien noch weitere Abklärungen notwendig. Mit Schreiben vom 25. März 2016 (act. 279) überwies Dr. O.\_\_\_\_ den Versicherten zur orthopädischen Beurteilung ins Spital M.\_\_\_\_. Dieses schlug mit Bericht vom 4. Mai 2016 (act. 282) eine weitere Operation vor. Dr. O.\_\_\_\_ machte verschiedene Behandlungsvorschläge und empfahl dem Versicherten, sich weiter zu informieren (am 17. Juni 2016, act. 285). Am 28. August 2017 wurde der Beschwerdeführer erneut im Spital C.\_\_\_\_ (act. 295) und am 20. November 2017 nochmals im Spital M.\_\_\_\_ untersucht (Bericht vom 22. November 2017, act. 313). Am 5. Dezember 2018 fand aufgrund der posttraumatische Arthrose mit Supinations- und Flexionskontraktur in Tibiainnenrotationsfehlstellung im OSG links erneut ein Eingriff im Spital C.\_\_\_\_ statt (act. 350). In der Folge kam es zu einer verzögerten Wundheilung mit möglicher Weichteil-Infektion (Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019, act. 364). Am 26. Juni 2019 wurde ein weiteres Mal operiert. Dabei wurden eine Narbenrevision, eine Metallentfernung und eine ventrale Gelenktoilette und eine Gelenkmobilisation am linken OSG durchgeführt (act. 389).

7.6.4 Die Würdigung der vorstehenden Berichte zeigt, dass eine ungewöhnlich hohe Anzahl an Operationen durchgeführt wurde. Der Beschwerdeführer befand sich in einer ersten Behandlungsphase vom 14. November 2008 bis 3. Februar 2009 in Spitalpflege und musste fünf Operationen über sich ergehen lassen. Zudem traten in mehrfacher Hinsicht schwerwiegende Komplikationen auf, die eine Überweisung auf die Intensivpflegestation des Spitals K.\_\_\_\_ notwendig machten. Im Rahmen des zweiten Behandlungsintervalls Ende 2009 kam es erneut zu einer schwerwiegenden Komplikation, die eine intensive Antibiotikatherapie sowie einen stationären Aufenthalt und zwei weitere Operationen erforderlich machte. Im Rahmen des dritten Behandlungsintervalls im Jahr 2011 fand eine Operation statt, in einer vierten Behandlungsphase nach der Rückfallmeldung wurden im Jahr 2015 zwei weitere Eingriffe und im Jahr 2019 nochmals zwei Operationen vorgenommen. In den 11 Jahren zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss musste sich der Beschwerdeführer somit insgesamt 12 Operationen unterziehen. Im Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. November 2019 wird der am 7. Januar 2009 im Spital K.\_\_\_\_ durchgeführte Eingriff nicht aufgeführt. Gesamthaft betrachtet ergibt sich im Durchschnitt eine Operation pro Jahr. Wenn nun die jeweilige Rehabilitationsphase dazu gezählt wird, ist von einer über das Mass hinausgehenden und damit im Sinne der Rechtsprechung langen und intensiven Behandlungsdauer auszugehen, bei der es auch immer wieder zu schwerwiegenden Komplikationen kam, und die nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet erscheint, bei dem noch sehr jungen Beschwerdeführer die Entwicklung einer psychischen Fehlentwicklung zu begünstigen. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis kann sodann die Schmerzmitteltherapie im Rahmen einer Gesamtbeurteilung ebenfalls miteinbezogen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 4.3). Hinzu kommt, dass dem Beschwerdeführer mehrmals mitgeteilt wurde, dass er sich mit den Schmerzen und den körperlichen Beeinträchtigungen abzufinden habe, da keine Hoffnung auf Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten sei, was gemäss

bundesgerichtlicher Rechtsprechung ebenfalls dazu geeignet ist, eine psychische Fehlentwicklung zu begünstigen. Demzufolge ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung als erfüllt zu betrachten.

7.7.1 Die Beschwerdegegnerin verneint sodann das Vorliegen eines schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Der Umstand, dass mehrere chirurgische Eingriffe erforderlich gewesen seien, bei denen zuweilen die Wundheilung etwas verzögert gewesen sei, sei kein Grund für die Annahme des Kriteriums. Der Beschwerdeführer äussert sich nicht zu diesem Kriterium.

7.7.2 Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf vielmehr besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte und der Heilungsverlauf nicht linear verlief, genügt nicht (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2014, 8C\_682/2013, E. 11.3). Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein.

7.7.3 Wie in Erwägung 7.6.4 ausgeführt, wurden 12 Operationen vorgenommen. In relativ kurzer Zeit entwickelten sich schwere Arthrosen im linken OSG und USG, weshalb es zu einem verzögerten Heilungsverlauf kam. Darüber hinaus musste der Beschwerdeführer im Rahmen der ersten Eingriffe im Spital C.\_\_\_\_ aufgrund einer Komplikation auf die Intensivstation des Spitals K.\_\_\_\_ verlegt werden, gemäss eigener Aussage aufgrund eines Medikationsfehlers (vgl. Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 23. April 2018). Weiter kam es immer wieder zu Wundheilungsstörungen, die teilweise auch zu Nekrosen führten, zudem konsolidierten sich die Frakturen nur verzögert. Dem Beschwerdeführer wurde zur Bekämpfung der körperlichen Schmerzen über längere Zeit starke Schmerzmittel verabreicht, die zu einer Abhängigkeit führen können. Der Beschwerdeführer entwickelte in der Folge eine Schmerzmittelabhängigkeit, denn er war über lange Zeit von Benzodiazepinen abhängig. Der Eintritt einer Schmerzmittelabhängigkeit gilt gemäss Bundesgericht ebenfalls als besonderer Grund, der die Heilung beeinträchtigt, und ist somit zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2009, 8C\_116/2009, E. 4.5). Insgesamt ist daher dieses Kriterium zu bejahen.

7.8.1 Adäquanzrelevant können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende körperliche Dauerschmerzen sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4).

7.8.2 Die Beschwerdegegnerin verneint auch dieses Kriterium. Die Schmerzen seien nicht über den gesamten Zeitraum vorhanden gewesen bzw. es sei auch immer wieder über belastungsabhängige Beschwerden berichtet worden und der Beschwerdeführer sei nicht konstant auf Schmerzmedikamente angewiesen gewesen. Zudem seien gewisse Beschwerden durch Schmerzmittel und Infiltrationen beeinflussbar gewesen. Der Beschwerdeführer führt aus, dass

sich die Schmerzproblematik wie ein roter Faden durch das gesamte Aktendossier ziehe und sogar zu einer Benzodiazepin-Abhängigkeit geführt habe. Es sei zwar so, dass er vorübergehend nur reduziert schmerzgeplagt gewesen sei. Durchgehend habe aber im Bereich des oberen linken Sprunggelenks eine Schmerzhaftigkeit bestanden.

7.8.3 Der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann nicht gefolgt werden. Der Umstand, dass die Beschwerden nicht jede Minute während der elfjährigen Zeitperiode vorhanden waren, sondern teilweise auch nur unter Belastung auftraten, kann nicht ausschlaggebend sein. Ebenfalls kann nicht entscheidend sein, dass die Beschwerden mit starken Schmerzmitteln zeitweise unter Kontrolle gehalten haben werden können. Entscheidend ist, dass der Beschwerdeführer regelmässig über Beschwerden klagte und diese zu weiteren Operationen führten. Das Kriterium ist daher zu bejahen.

7.9 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, liegt nicht vor.

7.10.1 Als letztes Kriterium zu prüfen sind der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Das Bundesgericht bejahte dieses Kriterium in einem Fall, bei welchem während drei Jahren eine volle Arbeitsunfähigkeit aus physischen Gründen bestand (Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2020, 8C\_627/2019, E. 5.4.5). Diese Dauer ist aber nicht als Mindestdauer zu verstehen.

7.10.2 Die Beschwerdegegnerin verneint das Kriterium mit dem Argument, auch hier müssten die verschiedenen Phasen berücksichtigt werden. So sei ab Mitte März 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gegeben gewesen, ab Ende August 2011 sei der Beschwerdeführer zwar wieder arbeitsunfähig gewesen, ab Februar 2012 hätten sich die behandelnden Ärzte jedoch für die Aufnahme der beruflichen Umschulung ausgesprochen. Erst vom 22. Januar 2015 bis 8. Februar 2015 sei dann wieder eine kurze Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatischen Unfallfolgen gegeben gewesen, so auch wieder ab Mai 2015 bis November 2015. Erst drei Jahre später ab 4. Dezember 2018 sei der Versicherte wieder aufgrund der physischen Beschwerden arbeitsunfähig gewesen. Der Beschwerdeführer äussert sich nicht zu diesem Kriterium.

7.10.3 Das Aktendossier der Beschwerdegegnerin zeigt folgendes: Ab dem 14. Dezember 2008 bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit. Mit Aktennotiz vom 14. Mai 2009 hält Dr. P. \_\_\_\_ fest, eine kreisärztliche Untersuchung mache noch keinen Sinn, da noch keine Vollbelastung bestehe (act. 37). Anlässlich einer Kontrolluntersuchung im Spital C. \_\_\_\_ am 16. Juni 2009 wird festgehalten, dass man den Patienten mit Vollbelastung gehen lassen könne. In einem Telefonat mit dem Patienten drei Wochen nach der Untersuchung habe dieser angegeben, unter Vollbelastung praktisch beschwerdefrei zu sein. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestehe daher eine volle Arbeitsfähigkeit für eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit, die Umschulung werde in Angriff genommen (act. 45). Am 13. Juli 2009 begann der Beschwerdeführer eine von der IV finanzierte vierwöchige Sondierungsabklärung in der BEFAS (act. 42 und 43). Anlässlich der Schlussbesprechung der Abklärung am 26. August 2009 wurde festgehalten, dass aufgrund der medizinisch

unklaren Situation und der Komplikationen eine sofortige Anschlusslösung keinen Sinn mache, obwohl der Versicherte die Abklärung als sehr interessant und hilfreich empfunden habe. Bevor weitere berufliche Massnahmen durchgeführt werden könnten, müsse der Heilverlauf abgewartet werden. Wegen Komplikationen komme es zu Verzögerungen (act. 49). Der Beschwerdeführer informierte in der Folge die Beschwerdegegnerin darüber, dass er am 19. November 2009 ins Spital C.\_\_\_\_ eintreten werde. Am 20. November 2009 würden eine Biopsie und eine antibiotische Medikation während 14 Tagen durchgeführt. Dann werde die Re-Operation des Unterschenkels erfolgen (act. 53). Dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2010 (act. 68) anlässlich der Verlaufskontrolle vom 2. Februar 2010 ist sodann zu entnehmen, dass der Versicherte an Gehstöcken unter Teilbelastung mobilisiert gewesen sei und dabei praktisch keine Beschwerden gehabt habe. Die Arbeitsunfähigkeit betrage noch 100 %. Es sei davon auszugehen, dass ab April 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbaren attestiert werden könne. Dies würde bedeuten, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt eine Arbeitsstelle suchen oder sich für ein Praktikum oder eine Ausbildung qualifizieren könne. Im Bericht vom 26. März 2010 attestierte das Spital C.\_\_\_\_ basierend auf einer Kontrolluntersuchung am 16. März 2010 wieder eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Möglichen. Aufgrund der schweren Fussverletzung sei ein stehender oder gehender Beruf nicht möglich. In Frage komme eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit kurzen Botengängen und stehenden Phasen bis zu einer Stunde (act. 75). Im Herbst 2010 traten erneut verstärkte Beschwerden auf, sodass dem Beschwerdeführer ab dem 5. Januar 2011 bis 27. Januar 2011 vom Spital C.\_\_\_\_ wieder eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (act. 94). Anlässlich einer Untersuchung vom 27. Januar 2011 attestierte das Spital C.\_\_\_\_ eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit mit einer verminderten Leistungsfähigkeit. Der Patient könne maximal 30 bis 40 Minuten gehen. Es sollte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit gefunden werden (act. 95). Mit Bericht vom 5. April 2011 legte das Spital C.\_\_\_\_ für eine sitzende Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit fest (act. 101). Die Umschulung wurde bis nach der für den 23. August 2011 geplanten Operation und Rehabilitation aufgeschoben. Ab dem Operationsdatum vom 23. August 2011 bestand wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit. Anlässlich einer Besprechung im Spital C.\_\_\_\_ äusserte sich der behandelnde Orthopäde am 23. Januar 2012 dahingehend, dass der Versicherte noch die Stöcke zur Entlastung brauche, seiner Sicht aber einer beruflichen Abklärung nichts im Wege stehe und eine sitzende Tätigkeit ohnehin möglich sei (act. 128). Dem Bericht vom Spital C.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2012 ist sodann zu entnehmen, dass die Umschulung zum Informatiker stattfinden könne, hierfür werde eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit ausgestellt. In vier Wochen werde eine weitere Kontrolle erfolgen (act. 129). Anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 21. März 2012 hält des Spital C.\_\_\_\_ fest, dass in drei Monaten die weitere Festlegung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werde (act. 131). Am 13. August 2012 begann der Beschwerdeführer in der Handelsschule die Bürofachdiplom-Ausbildung. Dr. Q.\_\_\_\_ hält anlässlich der erstmaligen kreisärztlichen Beurteilung vom 23. Mai 2014 (act. 177) eine Zumutbarkeit für eine ganztägige Tätigkeit, mittelschwer, wechselbelastend, fest. Kein Besteigen von Leitern und Gerüsten. Kein Laufen auf unebenem Gelände (vgl. Bericht vom 23. Mai 2014, act. 178). Im Rahmen des dritten Behandlungsintervalls bestand vom 22. Januar 2015 bis zum 8. Februar 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. 210), und ab dem 19. Mai 2015 wurde dem Beschwerdeführer durch Dr. N.\_\_\_\_ und das Spital C.\_\_\_\_ erneut eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. 234, 242, 243, 250, 259). Am 24. November 2015 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Dr. Q.\_\_\_\_ statt (Bericht vom 25. November 2015, act. 264). In der Beurteilung hält

er fest, die Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sehe eine ganztägige Tätigkeit, mittelschwer, wechselbelastend vor. Es handle sich um eine vorwiegend sitzende Tätigkeit. Kein Besteigen von Leitern und Gerüsten. Kein Laufen in unebenem Gelände. Kein Knien oder Kauern mit dem linken Knie, keine Zwangshaltungen mit dem linken Bein. Die Arbeitsfähigkeit bestehe im Rahmen des Zumutbaren. Im Rahmen der letzten Behandlungsphase vor Fallabschluss ergibt sich, dass bis zur Operation vom 4. Dezember 2018 keine Arbeitsunfähigkeiten aus somatischen Gründen attestiert wurden. Damit liegt hier eine fast dreijährige Zeitspanne vor, in welcher das Zumutbarkeitsprofil von Dr. Q.\_\_\_\_\_ galt. Anschliessend an die Operation wird der Beschwerdeführer vom Spital C.\_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2018 bis 1. September 2019 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (act. 359, 366f., 375, 377, 383, 388, 389, 394). In der Folge attestiert Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Allg. Innere Medizin FMH, mit Zeugnis vom 20. September 2019 (act. 406) noch eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis 14. Oktober 2019. Dieses Datum stimmt mit dem Sprechstundenbericht vom 16. Oktober 2019 des Spitals C.\_\_\_\_\_ überein, in welchem eine Arbeitsfähigkeit für sitzende und leicht wechselbelastende Tätigkeiten attestiert wird (act. 408).

7.10.4 Vorliegend zeigen die Akten, dass in einer ersten Phase während sechs Monaten eine volle Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten bestand und danach eine volle Arbeitsfähigkeit für eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit. Nach einem nur wenige Monate andauernden beschwerdefreien Zeitintervall lag ab September 2009 bis Ende März 2010 eine siebenmonatige 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor. In einer dritten Phase bestand während des Monats Januar 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit, dann während zwei Monaten eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit für eine sitzende Tätigkeit und ab April 2011 bis 22. August 2011 während ca. fünf Monaten eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten. Ab dem 23. August 2011 bis Ende Januar 2012 lag wieder für fünf Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Rehabilitation vor, danach wurde wiederum eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten festgelegt. Im Rahmen der vierten Behandlungsphase im Jahr 2015 wurden aus rein somatischen Gründen während sechseinhalb Monaten eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit und in der letzten Behandlungsphase in den Jahren 2018 und 2019 eine somatisch bedingte 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit von ca. zehn Monaten festgelegt. Zusammengefasst ergibt sich damit eine Zeitspanne von mindestens 35.5 Monaten, in denen eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vorlag und eine Zeitspanne von zwei Monaten, in denen eine 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit gegeben war. In Anbetracht der bundesgerichtlichen Praxis ist dieses Kriterium somit zweifellos gegeben.

7.11 Somit sind mindestens fünf der sieben Adäquanzkriterien erfüllt. Das Unfallereignis vom 14. November 2008 fällt ernsthaft ins Gewicht und es kommt ihm eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu. Damit stehen die vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. November 2008 und der Einspracheentscheid in diesem Punkt nicht zu schützen.

8. Zusammenfassend ist nach dem Gesagten als Ergebnis festzuhalten, dass die physischen und psychischen Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. November 2008 stehen. Aufgrund der Unklarheiten in Bezug auf die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht

sind zum jetzigen Zeitpunkt weder ein Einkommensvergleich und damit die Klärung des Rentenanspruchs möglich noch kann rechtsgenügend beurteilt werden, ob aus psychischen Gründen ein Integritätsschaden und damit Anspruch auf eine zusätzliche Integritätsentschädigung besteht. Nach Einholung eines mindestens bidisziplinären medizinischen Gutachtens im Rahmen von Art. 44 ATSG sind die Anspruchsvoraussetzungen von der Beschwerdegegnerin neu zu beurteilen. Damit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Mai 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 massgebenden Fassung hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 28. Juli 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 12.25 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die geltend gemachten Auslagen von Fr. 86.60. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'391.60 (12.25 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 86.60 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10. 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. Selbständig 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 (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 (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 Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2). 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, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Mai 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 Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 3'391.60 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>