

SO_GERICHTE VSBES.2023.293 vom 3. November 2023

SO Obergericht, 2023-11-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.293

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.293 du 3 novembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.293 del 3 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 3. November 2023 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 vom 5. November 2010 E. 8).

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

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

E. 2.1

Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 vom 5. November 2010 E. 8).

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

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

3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je

mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

4. 4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines

Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 3. November 2023 zu Recht einen Rentenanspruch verneint und eine Integritätsentschädigung von 17.5 % zugesprochen hat. Zu Recht nicht bestritten werden die Unfallkausalität und der Fallabschluss.

5.1 Hinsichtlich der Rentenprüfung stellt die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. August 2021 (Suva-Nr. 253) ab. Darin wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 24. April 2018 über starke Schmerzen im rechten Fuss berichte. Das Treppenabgehen verstärke diese Schmerzen, wobei er «kontinuierlich Schmerzen» habe. Er könne auf ebenem Boden 25 – 30 Minuten gehen, dann müsse er eine Pause einlegen. Wenn er diese nicht einlege, bekomme er noch stärkere Schmerzen. Das Tragen von Gegenständen des täglichen Lebens (5 – 6 kg) verursache eine Zunahme der Schmerzen. Der Kreisarzt erhebt folgende Befunde: Im aufrechten Stand unauffällige Körperhaltung. Keine Fehlstellung, keine Deviation. Die Wirbelsäule stehe im Lot. Bei seitlicher Betrachtung bestehe eine leicht vermehrte Kyphosierung des zervikothorakalen Übergangs. Im aufrechten Stand zeige sich eine symmetrische Varusstellung der Beine, der Abstand in Höhe des medialen Gelenkspaltes betrage 5 cm. Klinisch seien keine trophischen Veränderungen der Beine feststellbar. Im Bereich der Kniekehle zeigten sich beidseits keine tastbaren Baker-Zysten. Die Achillessehnen seien seitengleich konfiguriert und die Ränder beidseits gut sichtbar. Es bestehe eine Valgusstellung des Rückfusses beidseits, ohne perimalleoläre Ödeme. Bei voller Belastung der Füße bestehe eine leichte Abflachung des linken medialen Fussgewölbes, rechts unauffällig. Hallux valgus beidseits, unauffällige Form der restlichen Zehen. Das bipedale Hüpfen werde betont auf dem linken Fuss vorgenommen, das monopedale Hüpfen sei rechts zwar möglich, jedoch seien die Hüpfexkursionen niedrig und der Beschwerdeführer sei unsicher. Das monopedale Hüpfen links sei problemlos demonstrierbar. Die Hocke werde bis zu circa einem Drittel der normalen Strecke eingenommen, dann verspüre der Beschwerdeführer Schmerzen an der ventralen Seite des rechten oberen Sprunggelenkes. Zehenspitzenstand und -gang sowie Fersenstand und -gang beidseits seien problemlos demonstrierbar. Im Liegen zeige sich, dass beide Knie- und Sprunggelenke unauffällig seien, ohne Schwellung, Rötung oder Entzündungszeichen. Im Bereich des rechten Sprunggelenkes seien sowohl medial wie auch lateral primär verheilte Narben vorhanden. Die Palpation der Narben ergebe, dass diese nicht druckschmerzhaft seien. Die Palpation des rechten Unterschenkels zeige, dass entlang der lateralen Kante der Tibia eine Druckschmerzhaftigkeit bis zum Kniegelenk auslösbar

sei. Die Überprüfung des lateralen Bandapparates links ergebe, dass dieser stabil sei, ohne Talusvorschub. Der Frick-Test sei negativ, die Beweglichkeit des subtalaren Gelenkes frei. Die Überprüfung des lateralen Bandapparates rechts ergebe eine diskrete Aufklappbarkeit, ebenfalls bestehe ein leichter Talusvorschub. Der Frick-Test sei negativ, die passive Beweglichkeit des subtalaren Gelenkes frei. Die grobe Kraft des rechten Beines sei im Seitenvergleich gemindert. Die peripheren Pulsationen (A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior) seien beidseits gut tastbar. Die peripheren Nervenreflexe seien beidseits prompt auslösbar. Es werden gestützt auf diese klinischen Befunde folgende Diagnosen erhoben: - Prellung distaler Unterschenkel und OSG medial rechts April 2018 - Syndesmoseninsuffizienz mit posttraumatischer OSG-Instabilität rechts - Neuropathie N. saphenus rechts - Status nach Syndesmosenstabilisation, Naht der vorderen Syndesmose, Resektion eines grossen Bassett's-Ligaments, Raffung Lig. deltoideum OSG rechts Januar 2019 - Status nach anterolateraler Arthrotomie und offener Arthrolyse «Lateral Gutter» OSG rechts, Entfernung TightRope des rechten oberen Sprunggelenkes Oktober 2020 Nebendiagnosen - verschiedene Medikamentenallergien (anaphylaktische Reaktion Grad II auf Ibuprofen, allergische Reaktion auf Novalgin und Dafalgan) Dr. med. C.____, der auf dem betreffenden Fachgebiet ein ausgewiesener Facharzt ist, kommt gestützt auf seine Untersuchung des Beschwerdeführers und die von ihm erhobenen Befunde zu folgender, schlüssiger Beurteilung: Der Beschwerdeführer beklage Schmerzen seitens des rechten Sprunggelenkes und Unterschenkels, eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes, Zunahme der Beschwerden nach Belastung, eine Kraftminderung des rechten Beines und eine Beeinträchtigung der Funktionalität des rechten Beines. Die klinische Untersuchung ergebe reizlose Weichteilverhältnisse des rechten Beines, primär verheilte Narben des rechten oberen Sprunggelenkes, eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des rechten Innenknöchels und entlang der medialen Kante des Schienbeines und entlang der Fibula vom Sprunggelenk her bis zum Fibulaköpfchen reichend, eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes, eine diskrete Aufklappbarkeit des rechten oberen Sprunggelenkes, eine Minderung der groben Kraft des rechten Beines, eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen des rechten Beines und bildgebend nachgewiesene Veränderungen des rechten oberen Sprunggelenkes. Gestützt auf diese klinisch erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der vorhandenen ärztlichen Berichte und Bildgebung hält der Kreisarzt nachvollziehbar fest, dass eine stabile Gesundheitssituation seitens des rechten Sprunggelenkes vorliegt. Er weist darauf hin, dass bereits am 9. April 2021 ein vorläufiges Belastungsprofil erstellt worden sei, welches wie folgt zu ergänzen sei: Kein Arbeiten in der Höhe (auf Dächern, Leitern, Gerüsten etc.), kein Arbeiten in der gebückten / gekauerten Position; kein Arbeiten unter Einwirkung von Stössen und Vibrationen, die sich negativ auf das rechte Sprunggelenk auswirkte, kein Arbeiten mit permanentem Gehen auf unebenem Gelände, kein Arbeiten mit permanentem Treppab- und Treppaufgehen, kein Heben und Tragen von Gegenständen, die schwerer als 7 – 10 kg seien, keine Arbeiten mit permanenten Rotationsbewegungen des rechten Beines. Unter Beachtung dieses Belastungsprofils wäre medizinisch-theoretisch auf dem unfallchirurgisch-orthopädischen Fachgebiet eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ganztags gegeben, die angepasste Tätigkeit solle vorwiegend sitzend, jedoch abwechselnd stehend und gehend durchgeführt werden. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und das Belastbarkeitsprofil erweisen sich als plausibel. 5.2 Die kreisärztliche Einschätzung findet in den vorhandenen Arztberichten eine Stütze. So lässt sich auch den Berichten des behandelnden Orthopäden und Operateurs, Dr. med. D.____, im Verlauf entnehmen, dass der

Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis und zwei Operationen nach wie vor über Beschwerden berichte, die sich nicht vollends objektivieren lassen. Gut neun Monate nach dem Unfallereignis fand am 7. Januar 2019 eine Operation statt (Syndesmosenstabilisation, Suva-Nr. 75). In den nachfolgenden Kontrollen zeigten sich reizlose Narben und ein regulärer postoperativer Verlauf (vgl. Berichte vom 15. Mai 2019 und 3. Juli 2019, Suva-Nrn. 103, 118). Am 18. Oktober 2019 (Suva-Nr. 144) wurde der Verdacht auf eine neuropathische Schmerzgenese im Bereich des N. saphenus (Schmerzausstrahlung nach inframalleolär medial) bei Status nach kontusionsbedingter Neuropathie im April 2018 geäussert. Am 15. November 2019 (Suva-Nr. 147) befundete Dr. med. D. ___ eine am 22. Oktober 2019 durchgeführte Verlaufs-MRT des OSG rechts und hielt fest, es zeige sich ein Bone Bruise im Bereich des Malleolus medialis rechts (DD Resorptionsoedem Knochenanker, DD belastungsbedingt). Klinisch ergäben sich ausserdem Hinweise für neuropathische Schmerzen im Bereich des N. saphenus. Diese Schmerzen seien bereits posttraumatisch angegeben (DD kontusionsbedingt) worden. Es sollte aber vorerst weiter konservativ therapiert werden. Auch Dr. med. E. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Praxis für Fusschirurgie und Sportmedizin, hielt in seinem Bericht vom 19. Juni 2020 (Suva-Nr. 183) fest, dass beim Beschwerdeführer ein hoher Leidensdruck bestehe, der mit dem orthopädischen Erscheinungsbild nicht korreliere. Sein klinischer Befund entspricht denjenigen von Dr. med. D. ___ und Dr. med. C. ___ (Kreisarzt): Es zeige sich ein stabiles Sprunggelenk, mit ausgeprägter Druckempfindlichkeit im Bereich des Tight ropes auf der medialen Seite mit einem leichten Tinel-Phänomen bis in die Grosszehe hinausreichend. Dr. med. D. ___, teilte in seinem Bericht vom 19. August 2020 (Suva-Nr. 191) wiederum die Einschätzung von Dr. med. E. ___, wobei aufgrund des Leidensdrucks des Beschwerdeführers am 19. Oktober 2020 trotzdem eine erneute Operation stattfand (anterolaterale Arthrotomie und offene Arthrolyse, Lateral Gutter OSG rechts und Entfernung TightRope OSG rechts, Suva-Nr. 198). Im Sprechstundenbericht vom 22. Januar 2021 (Suva-Nr. 213) hielt Dr. med. D. ___ dann fest, der Beschwerdeführer habe vom operativen Eingriff profitiert. Es zeigten sich stabile Verhältnisse mit einer seitengleichen Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes. Am 15. März und 28. Juni 2021 (Suva-Nrn. 221 und 241) wurde über nach wie vor bestehende ausgeprägte Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenkes mit einer deutlich reduzierten Belastbarkeit berichtet. MRT-radiologisch zeigten sich indessen keine entsprechenden morphologischen Korrelate. Es zeichne sich aber ab, dass eine Rückkehr in die angestammte berufliche Tätigkeit (Hilfsarbeiter Plattenleger) nichtrealisierbar sein werde. Die von Dr. med. D. ___ durchgehend festgelegten Arbeitsunfähigkeiten von 100 % sind bezogen auf die angestammte Arbeit des Beschwerdeführers als Plattenleger zu verstehen. Darüber, ob eine angepasste Tätigkeit möglich sei, hat sich der behandelnde Arzt im Verlauf nie geäussert. Erst nach Vorliegen des kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofils und nachdem die Beschwerdegegnerin am 6. Dezember 2021 eine Verfügung erlassen hatte, äusserte sich Dr. med. D. ___ am 11. März 2022 dahingehend, dass dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit leidlich zu 50 % zumutbar sei (Suva-Nr. 296). Zur kreisärztlichen Untersuchung hielt er zustimmend fest, dass eine stabile Gesundheitssituation des rechten Sprunggelenkes vorliege. Einleitend merkte er an, dass seine Arbeit in der medizinischen Betreuung seiner Patienten liege und er kein zertifizierter Gutachter sei. Unter Beachtung des festgelegten Belastungsprofils bestehe aus seiner Sicht jedoch auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dies aufgrund der stark

verminderten Belastbarkeit des rechten Sprunggelenkes sowie der neuropathischen Schmerzen (Ruheschmerzen) und der Schwellungszustände. Aufgrund der Schwellneigung und der Schmerzen seien repetitive Pausen zur Hochlagerung des Beines notwendig. Hierzu ist einerseits festzuhalten, dass behandelnde Ärzte aufgrund des bestehenden Auftrags- und Vertrauensverhältnisses in der Regel zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, was Dr. med. D.____ mit seiner Anmerkung, seine Aufgabe sei die medizinische Betreuung seiner Patienten, selbst auch festhält. Des Weiteren sind mit dem kreisärztlich festgelegten Belastungsprofil die erwähnten Problematiken (verminderte Belastbarkeit des rechten Sprunggelenkes, Ruheschmerzen, Schwellneigung) berücksichtigt worden. Denn es wird festgehalten, dass eine angepasste Tätigkeit vorwiegend sitzend, jedoch abwechselnd stehend und gehend durchgeführt werden sollte. Auch die übrigen vorliegenden Berichte vermögen die kreisärztliche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. Im Austrittsbericht der Rehaklinik [...], in welcher sich der Beschwerdeführer vom 26. August bis 1. Oktober 2019 aufgehalten hatte (Suva-Nr. 146), wird festgehalten, dass man beim Beschwerdeführer eine mässige Symptomausweitung beobachtet habe. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären lassen. Eine somatoforme Schmerzstörung wurde dort nicht diagnostiziert. Gleiches lässt sich auch dem Erstkonsultationsbericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie, Schmerzmedizin [...], vom 23. März 2020 (Suva-Nr. 173) entnehmen: Das Kausalitätsbedürfnis des Beschwerdeführers sei noch sehr hoch und solange dieses nicht gestillt sei, bringe eine symptomatische Therapie nicht den zu erwartenden Erfolg. Dr. med. G.____, Chefarzt Zentrum für Schmerzmedizin im H.____, führte in seinem Bericht vom 7. Mai 2021 (Suva-Nr. 234) in neurochirurgischer Hinsicht aus, der Beschwerdeführer zeige das klinische Bild chronifizierter Schmerzen. Zusammenfassend scheine sein Verständnis für biopsychosoziale Zusammenhänge bei chronifizierten Schmerzen bzw. die Krankheitsakzeptanz von chronifizierten Schmerzen eingeschränkt. Eine daraufhin erfolgte neurologische Untersuchung vom 31. Mai 2021 (Suva-Nr. 236), konnte die Ursache der belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der rechten unteren Extremität neurologisch nicht zuordnen. Eine weiterführende Diagnostik wurde als nicht indiziert erachtet. Somit lässt auch diese Beurteilung keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung aufkommen. Am 14. Juli 2021 (Suva-Nr. 249) diagnostizierte Dr. med. G.____ dann aus schmerzpsychologischer Sicht eine chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Dem Beschwerdeführer stünden jedoch nicht genügend funktionale Schmerzbewältigungsstrategien zur Verfügung; er äussere sich seinen Schmerzen gegenüber weitgehend hilflos. Ein adaptives Verständnis chronischer Schmerzen scheine noch nicht zu bestehen. Eine entsprechende Behandlung findet dementsprechend nicht statt. All dies korreliert denn auch mit dem Sprechstundenbericht von Prof. Dr. med. Dr. phil. I.____ und Dr. med. J.____, Fachärzte für Orthopädie, vom 6. Dezember 2021 (Suva-Nr. 277), welche in ihrer Untersuchung keine eindeutige Indikation für ein erneutes operatives Vorgehen erkennen konnten. Es bestehe zwar eine leichte OSG-Instabilität, welche jedoch symmetrisch zur Gegenseite sei. Auch die Beschwerden passten nicht eindeutig zu einer Instabilitätsproblematik. Hinweise für ein CRPS oder einer Arthrofibrose sehe man nicht. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sehe man aufgrund des Gesamtverlaufes nur eine mässige Prognose zur Rückkehr in den zuletzt ausgeübten Beruf als Plattenleger. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei indessen aus orthopädischer Sicht ganztags zumutbar. Hierbei sehe man das Belastungsprofil analog zur

kreisärztlichen Untersuchung. Zusammenfassend lässt sich damit sagen, dass die kreisärztliche Einschätzung, wonach die angestammte Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr zumutbar, eine vollzeitliche Tätigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit jedoch möglich ist, durch die Berichte der behandelnden Ärzte gestützt wird bzw. keiner dieser Berichte Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung weckt. 5.3 Dementsprechend erwecken auch die von Seiten des Beschwerdeführers vorgebrachten Einwendungen keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Wie in Ziff. 5.2 vorstehend festgehalten, vermag der Bericht von Dr. med. D.____, der von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgeht, keine solchen Zweifel hervorzurufen. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen haben Eingang in die Beurteilung gefunden, wobei durchgehend, auch durch die behandelnden Ärzte, angemerkt wurde, dass diese kein objektivierbares Pendant finden. Dem Kreisarzt haben die medizinischen Akten vorgelegen und diese wurden in der Einschätzung mitberücksichtigt. Insbesondere lag auch die Berichterstattung von Dr. med. G.____ bezüglich Schmerzmedizin vor. Dieser diagnostizierte 14. Juli 2021 eine somatoforme Schmerzstörung, äusserte sich aber nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, sondern hielt fest, von schmerzpsychologischer Seite wäre das Erlernen adaptiver Schmerzbewältigungsstrategien indiziert. Eine entsprechende Behandlung findet jedoch nicht statt. Es besteht daher insgesamt kein Anlass, die kreisärztliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra

Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 4

4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere

genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 3. November 2023 zu Recht einen Rentenanspruch verneint und eine Integritätsentschädigung von 17.5 % zugesprochen hat. Zu Recht nicht bestritten werden die Unfallkausalität und der Fallabschluss.

5.1 Hinsichtlich der Rentenprüfung stellt die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. August 2021 (Suva-Nr. 253) ab. Darin wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 24. April 2018 über starke Schmerzen im rechten Fuss berichte. Das Treppenabgehen verstärke diese Schmerzen, wobei er «kontinuierlich Schmerzen» habe. Er könne auf ebenem Boden 25 ■ 30 Minuten gehen, dann müsse er eine Pause einlegen. Wenn er diese nicht einlege, bekomme er noch stärkere Schmerzen. Das Tragen von Gegenständen des täglichen Lebens (5 ■ 6 kg) verursache eine Zunahme der Schmerzen.

Der Kreisarzt erhebt folgende Befunde: Im aufrechten Stand unauffällige Körperhaltung. Keine Fehlstellung, keine Deviation. Die Wirbelsäule stehe im Lot. Bei seitlicher Betrachtung bestehe eine leicht vermehrte Kyphosierung des zervikothorakalen Übergangs. Im aufrechten Stand zeige sich eine symmetrische Varusstellung der Beine, der Abstand in Höhe des medialen Gelenkspaltes betrage 5 cm. Klinisch seien keine trophischen Veränderungen der Beine feststellbar. Im Bereich der Kniekehle zeigten sich beidseits keine tastbaren Baker-Zysten. Die Achillessehnen seien seitengleich konfiguriert und die Ränder beidseits gut sichtbar. Es bestehe eine Valgusstellung des Rückfusses beidseits, ohne perimalleoläre Ödeme. Bei voller Belastung der Füße bestehe eine leichte Abflachung des linken medialen Fussgewölbes, rechts unauffällig. Hallux valgus beidseits, unauffällige Form der restlichen Zehen. Das bipedale Hüpfen werde betont auf dem linken Fuss vorgenommen, das monopedale Hüpfen sei rechts zwar möglich, jedoch seien die Hüpfexkursionen niedrig und der Beschwerdeführer sei unsicher. Das monopedale Hüpfen links sei problemlos demonstrierbar. Die Hocke werde bis zu circa einem Drittel der normalen Strecke eingenommen, dann verspüre der Beschwerdeführer Schmerzen an der ventralen Seite des rechten oberen Sprunggelenkes. Zehenspitzenstand und -gang sowie Fersenstand und -gang beidseits seien problemlos demonstrierbar. Im Liegen zeige sich, dass beide Knie- und Sprunggelenke unauffällig seien, ohne Schwellung, Rötung oder Entzündungszeichen. Im Bereich des rechten Sprunggelenkes seien sowohl medial wie auch lateral primär verheilte Narben vorhanden. Die Palpation der Narben ergebe, dass diese nicht druckschmerzhaft seien. Die Palpation des rechten Unterschenkels zeige, dass entlang der lateralen Kante der Tibia eine Druckschmerzhaftigkeit bis zum Kniegelenk auslösbar sei. Die Überprüfung des lateralen Bandapparates links ergebe, dass dieser stabil sei, ohne Talusvorschub. Der Frick-Test sei negativ, die Beweglichkeit des subtalaren Gelenkes frei. Die Überprüfung des lateralen Bandapparates rechts ergebe eine diskrete Aufklappbarkeit, ebenfalls bestehe ein leichter Talusvorschub. Der Frick-Test sei negativ, die passive Beweglichkeit des subtalaren Gelenkes frei. Die grobe Kraft des rechten Beines sei im

Seitenvergleich gemindert. Die peripheren Pulsationen (A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior) seien beidseits gut tastbar. Die peripheren Nervenreflexe seien beidseits prompt auslösbar.

Es werden gestützt auf diese klinischen Befunde folgende Diagnosen erhoben:

Nebendiagnosen

Dr. med. C.____, der auf dem betreffenden Fachgebiet ein ausgewiesener Facharzt ist, kommt gestützt auf seine Untersuchung des Beschwerdeführers und die von ihm erhobenen Befunde zu folgender, schlüssiger Beurteilung: Der Beschwerdeführer beklage Schmerzen seitens des rechten Sprunggelenkes und Unterschenkels, eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes, Zunahme der Beschwerden nach Belastung, eine Kraftminderung des rechten Beines und eine Beeinträchtigung der Funktionalität des rechten Beines. Die klinische Untersuchung ergebe reizlose Weichteilverhältnisse des rechten Beines, primär verheilte Narben des rechten oberen Sprunggelenkes, eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des rechten Innenknöchels und entlang der medialen Kante des Schienbeines und entlang der Fibula vom Sprunggelenk her bis zum Fibulaköpfchen reichend, eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes, eine diskrete Aufklappbarkeit des rechten oberen Sprunggelenkes, eine Minderung der groben Kraft des rechten Beines, eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen des rechten Beines und bildgebend nachgewiesene Veränderungen des rechten oberen Sprunggelenkes. Gestützt auf diese klinisch erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der vorhandenen ärztlichen Berichte und Bildgebung hält der Kreisarzt nachvollziehbar fest, dass eine stabile Gesundheitssituation seitens des rechten Sprunggelenkes vorliegt. Er weist darauf hin, dass bereits am 9. April 2021 ein vorläufiges Belastungsprofil erstellt worden sei, welches wie folgt zu ergänzen sei: Kein Arbeiten in der Höhe (auf Dächern, Leitern, Gerüsten etc.), kein Arbeiten in der gebückten / gekauerten Position; kein Arbeiten unter Einwirkung von Stössen und Vibrationen, die sich negativ auf das rechte Sprunggelenk auswirkte, kein Arbeiten mit permanentem Gehen auf unebenem Gelände, kein Arbeiten mit permanentem Treppab- und Treppaufgehen, kein Heben und Tragen von Gegenständen, die schwerer als 7 ■ 10 kg seien, keine Arbeiten mit permanenten Rotationsbewegungen des rechten Beines. Unter Beachtung dieses Belastungsprofils wäre medizinisch-theoretisch auf dem unfallchirurgisch-orthopädischen Fachgebiet eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ganztags gegeben, die angepasste Tätigkeit solle vorwiegend sitzend, jedoch abwechselnd stehend und gehend durchgeführt werden. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und das Belastbarkeitsprofil erweisen sich als plausibel.

5.2 Die kreisärztliche Einschätzung findet in den vorhandenen Arztberichten eine Stütze. So lässt sich auch den Berichten des behandelnden Orthopäden und Operateurs, Dr. med. D.____, im Verlauf entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis und zwei Operationen nach wie vor über Beschwerden berichte, die sich nicht vollends objektivieren lassen. Gut neun Monate nach dem Unfallereignis fand am 7. Januar 2019 eine Operation statt (Syndesmosenstabilisation, Suva-Nr. 75). In den nachfolgenden Kontrollen zeigten sich reizlose Narben und ein regulärer postoperativer Verlauf (vgl. Berichte vom 15. Mai 2019 und 3. Juli 2019, Suva-Nrn. 103, 118). Am 18. Oktober 2019 (Suva-Nr. 144) wurde der Verdacht auf eine neuropathische Schmerzgenese im Bereich des N. saphenus (Schmerzausstrahlung nach inframalleolär medial) bei Status nach kontusionsbedingter Neuropathie im April 2018 geäussert. Am 15. November 2019

(Suva-Nr. 147) befundete Dr. med. D.____ eine am 22. Oktober 2019 durchgeführte Verlaufs-MRT des OSG rechts und hielt fest, es zeige sich ein Bone Bruise im Bereich des Malleolus medialis rechts (DD Resorptionsoedem Knochenanker, DD belastungsbedingt). Klinisch ergäben sich ausserdem Hinweise für neuropathische Schmerzen im Bereich des N. saphenus. Diese Schmerzen seien bereits posttraumatisch angegeben (DD kontusionsbedingt) worden. Es sollte aber vorerst weiter konservativ therapiert werden.

Auch Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Praxis für Fusschirurgie und Sportmedizin, hielt in seinem Bericht vom 19. Juni 2020 (Suva-Nr. 183) fest, dass beim Beschwerdeführer ein hoher Leidensdruck bestehe, der mit dem orthopädischen Erscheinungsbild nicht korreliere. Sein klinischer Befund entspricht denjenigen von Dr. med. D.____ und Dr. med. C.____ (Kreisarzt): Es zeige sich ein stabiles Sprunggelenk, mit ausgeprägter Druckempfindlichkeit im Bereich des Tight ropes auf der medialen Seite mit einem leichten Tinel-Phänomen bis in die Grosszehe hinausreichend. Dr. med. D.____, teilte in seinem Bericht vom 19. August 2020 (Suva-Nr. 191) wiederum die Einschätzung von Dr. med. E.____, wobei aufgrund des Leidensdrucks des Beschwerdeführers am 19. Oktober 2020 trotzdem eine erneute Operation stattfand (anterolaterale Arthrotomie und offene Arthrolyse ■ Lateral Gutter OSG rechts und Entfernung TightRope OSG rechts, Suva-Nr. 198). Im Sprechstundenbericht vom 22. Januar 2021 (Suva-Nr. 213) hielt Dr. med. D.____ dann fest, der Beschwerdeführer habe vom operativen Eingriff profitiert. Es zeigten sich stabile Verhältnisse mit einer seitengleichen Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes. Am 15. März und 28. Juni 2021 (Suva-Nrn. 221 und 241) wurde über nach wie vor bestehende ausgeprägte Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenkes mit einer deutlich reduzierten Belastbarkeit berichtet. MRT-radiologisch zeigten sich indessen keine entsprechenden morphologischen Korrelate. Es zeichne sich aber ab, dass eine Rückkehr in die angestammte berufliche Tätigkeit (Hilfsarbeiter Plattenleger) nichtrealisierbar sein werde. Die von Dr. med. D.____ durchgehend festgelegten Arbeitsunfähigkeiten von 100 % sind bezogen auf die angestammte Arbeit des Beschwerdeführers als Plattenleger zu verstehen. Darüber, ob eine angepasste Tätigkeit möglich sei, hat sich der behandelnde Arzt im Verlauf nie geäussert. Erst nach Vorliegen des kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofils und nachdem die Beschwerdegegnerin am 6. Dezember 2021 eine Verfügung erlassen hatte, äusserte sich Dr. med. D.____ am 11. März 2022 dahingehend, dass dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit leidlich zu 50 % zumutbar sei (Suva-Nr. 296). Zur kreisärztlichen Untersuchung hielt er zustimmend fest, dass eine stabile Gesundheitssituation des rechten Sprunggelenkes vorliege. Einleitend merkte er an, dass seine Arbeit in der medizinischen Betreuung seiner Patienten liege und er kein zertifizierter Gutachter sei. Unter Beachtung des festgelegten Belastungsprofils bestehe aus seiner Sicht jedoch auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dies aufgrund der stark verminderten Belastbarkeit des rechten Sprunggelenkes sowie der neuropathischen Schmerzen (Ruheschmerzen) und der Schwellungszustände. Aufgrund der Schwellneigung und der Schmerzen seien repetitive Pausen zur Hochlagerung des Beines notwendig. Hierzu ist einerseits festzuhalten, dass behandelnde Ärzte aufgrund des bestehenden Auftrags- und Vertrauensverhältnisses in der Regel zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, was Dr. med. D.____ mit seiner Anmerkung, seine Aufgabe sei die medizinische Betreuung seiner Patienten, selbst auch festhält. Des Weiteren sind mit dem kreisärztlich festgelegten Belastungsprofil die erwähnten Problematiken (verminderte Belastbarkeit des rechten Sprunggelenkes, Ruheschmerzen,

Schwellneigung) berücksichtigt worden. Denn es wird festgehalten, dass eine angepasste Tätigkeit vorwiegend sitzend, jedoch abwechselnd stehend und gehend durchgeführt werden sollte.

Auch die übrigen vorliegenden Berichte vermögen die kreisärztliche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. Im Austrittsbericht der Rehaklinik [...], in welcher sich der Beschwerdeführer vom 26. August bis 1. Oktober 2019 aufgehalten hatte (Suva-Nr. 146), wird festgehalten, dass man beim Beschwerdeführer eine mässige Symptomausweitung beobachtet habe. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären lassen. Eine somatoforme Schmerzstörung wurde dort nicht diagnostiziert. Gleiches lässt sich auch dem Erstkonsultationsbericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie, Schmerzmedizin [...], vom 23. März 2020 (Suva-Nr. 173) entnehmen: Das Kausalitätsbedürfnis des Beschwerdeführers sei noch sehr hoch und solange dieses nicht gestillt sei, bringe eine symptomatische Therapie nicht den zu erwartenden Erfolg.

Dr. med. G.____, Chefarzt Zentrum für Schmerzmedizin im H.____, führte in seinem Bericht vom 7. Mai 2021 (Suva-Nr. 234) in neurochirurgischer Hinsicht aus, der Beschwerdeführer zeige das klinische Bild chronifizierter Schmerzen. Zusammenfassend scheine sein Verständnis für biopsychosoziale Zusammenhänge bei chronifizierten Schmerzen bzw. die Krankheitsakzeptanz von chronifizierten Schmerzen eingeschränkt. Eine daraufhin erfolgte neurologische Untersuchung vom 31. Mai 2021 (Suva-Nr. 236), konnte die Ursache der belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der rechten unteren Extremität neurologisch nicht zuordnen. Eine weiterführende Diagnostik wurde als nicht indiziert erachtet. Somit lässt auch diese Beurteilung keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung aufkommen. Am 14. Juli 2021 (Suva-Nr. 249) diagnostizierte Dr. med. G.____ dann aus schmerzpsychologischer Sicht eine chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Dem Beschwerdeführer stünden jedoch nicht genügend funktionale Schmerzbewältigungsstrategien zur Verfügung; er äussere sich seinen Schmerzen gegenüber weitgehend hilflos. Ein adaptives Verständnis chronischer Schmerzen scheine noch nicht zu bestehen. Eine entsprechende Behandlung findet dementsprechend nicht statt.

All dies korreliert denn auch mit dem Sprechstundenbericht von Prof. Dr. med. Dr. phil. I.____ und Dr. med. J.____, Fachärzte für Orthopädie, vom 6. Dezember 2021 (Suva-Nr. 277), welche in ihrer Untersuchung keine eindeutige Indikation für ein erneutes operatives Vorgehen erkennen konnten. Es bestehe zwar eine leichte OSG-Instabilität, welche jedoch symmetrisch zur Gegenseite sei. Auch die Beschwerden passten nicht eindeutig zu einer Instabilitätsproblematik. Hinweise für ein CRPS oder einer Arthrofibrose sehe man nicht. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sehe man aufgrund des Gesamtverlaufes nur eine mässige Prognose zur Rückkehr in den zuletzt ausgeübten Beruf als Plattenleger. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei indessen aus orthopädischer Sicht ganztags zumutbar. Hierbei sehe man das Belastungsprofil analog zur kreisärztlichen Untersuchung.

Zusammenfassend lässt sich damit sagen, dass die kreisärztliche Einschätzung, wonach die angestammte Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr zumutbar, eine vollzeitliche Tätigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit jedoch möglich ist, durch die Berichte der behandelnden Ärzte gestützt wird bzw. keiner dieser Berichte Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung weckt.

5.3 Dementsprechend erwecken auch die von Seiten des Beschwerdeführers vorgebrachten Einwendungen keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Wie in Ziff. 5.2 vorstehend festgehalten, vermag der Bericht von Dr. med. D.____, der von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgeht, keine solchen Zweifel hervorzurufen. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen haben Eingang in die Beurteilung gefunden, wobei durchgehend, auch durch die behandelnden Ärzte, angemerkt wurde, dass diese kein objektivierbares Pendant finden. Dem Kreisarzt haben die medizinischen Akten vorgelegen und diese wurden in der Einschätzung mitberücksichtigt. Insbesondere lag auch die Berichterstattung von Dr. med. G.____ bezüglich Schmerzmedizin vor. Dieser diagnostizierte 14. Juli 2021 eine somatoforme Schmerzstörung, äusserte sich aber nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, sondern hielt fest, von schmerzpsychologischer Seite wäre das Erlernen adaptiver Schmerzbewältigungsstrategien indiziert. Eine entsprechende Behandlung findet jedoch nicht statt. Es besteht daher insgesamt kein Anlass, die kreisärztliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

E. 5

Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei ihm die unterzeichnende Rechtsanwältin als unentgeltliche Rechtsbeiständin beizugeben.

E. 6

6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, hat die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid zur Bemessung des Valideneinkommens den Gesamtarbeitsvertrag (GAV) Plattenlegergewerbe herangezogen und für das Invalideneinkommen auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Diesbezüglich hat sie einen leidensbedingten Abzug von 5 % vorgenommen. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in mehrfacher Hinsicht als unrichtig gerügt. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, das Valideneinkommen müsse ebenfalls anhand eines Tabellenlohns der LSE ermittelt werden, da er seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 2011 verschiedene Tätigkeiten ausgeübt habe. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass er ohne den Unfall weiterhin als Plattenleger gearbeitet hätte. Ohnehin erweise sich das Einkommen gemäss GAV Plattenlegergewerbe als zu tief. Seit dem 26. September 2022 arbeite er trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen zu 50 % als Plattenleger und erziele dort trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen einen über diesem GAV-Lohn liegenden Verdienst. Hinsichtlich des Invalideneinkommens wird geltend gemacht, es müsse die mittlerweile vorliegende LSE 2020 angewendet werden. Zudem sei der vorgenommene leidensbedingte Abzug zu tief.

6.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Renten-beginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Aus-nahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Der Beschwerdeführer lebt seit 2011 in der Schweiz und hat gemäss IK-Auszug vom 29. Oktober 2021 weitestgehend als Plattenleger gearbeitet (Suva-Nr. 272). Zum Unfallzeitpunkt war er (zum wiederholten Male) als arbeitslos gemeldet. Dies bei einer Firma, die zwischenzeitlich in Konkurs gefallen ist und liquidiert wurde. Zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides war der Beschwerdeführer in einem Pensum von 50 % wiederum als Plattenleger tätig. Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Valideneinkommens davon ausging, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall als Plattenleger tätig wäre. Da auf den zuletzt erzielten (Zwischen)Verdienst bei der Firma B. ___ nicht abgestellt werden kann, da diese Firma zwischenzeitlich liquidiert wurde, wurde der für das Plattenlegergewerbe bestehende Gesamtarbeitsvertrag herangezogen. Dies erscheint, da das (hypothetische) Valideneinkommen so konkret wie möglich zu bemessen ist, angebracht und steht in Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2023 vom 29. Mai 2024 E. 4.1 mit Hinweisen). Gestützt darauf hat die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von CHF 60'710.00 veranschlagt. Dieses Einkommen ist um Einiges höher als das durchschnittliche Einkommen, das der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz verdient hat (CHF 45'932.00) und auch höher als das vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt im Jahr 2017 erzielte Jahreseinkommen (CHF 52'891.00; vgl. zum Ganzen IK-Auszug, Suva-Nr. 272). Insofern lässt sich das herangezogene Valideneinkommen nicht beanstanden. Daran ändert auch der Einwand, der Beschwerdeführer erziele seit dem 26. September 2022 einen über dem GAV-Lohn liegenden Verdienst als Hilfs-Plattenleger (Klasse C2), nichts. In der Beschwerde wird ein tatsächlicher Jahreslohn von CHF 60'375.00 errechnet, was unter dem Valideneinkommen liegt, welches die Beschwerdegegnerin zur Berechnung herangezogen hat. Dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall bei der gleichen Firma als Plattenleger Kategorie B angestellt wäre und damit einen noch höheren Lohn erzielen würde, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Insbesondere spricht, wie bereits erwähnt, die Erwerbsbiografie nicht dafür.

6.3 Zur Bemessung des Invalideneinkommens ist die Beschwerdegegnerin aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keine leidensangepasste Tätigkeit aufgenommen hat, von einem Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ausgegangen, was unbestritten geblieben ist. Dabei hat sich im Einspracheentscheid die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2020 herangezogen (Total Niveau 1, Männer, CHF 5'261.00) und die wöchentliche Arbeitszeit (41.7 Stunden) sowie die Nominallohnentwicklung (- 0.7 %) berücksichtigt. Dies ergibt ein Invalideneinkommen von CHF 65'354.00.

6.4 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der

Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers im Berechnungszeitpunkt von 40 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug. Sodann sind beim gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen mangelnde Sprachkenntnisse sowie fehlende Ausbildung nicht abzugsrelevant, da diesen bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7 mit Hinweis). Zudem geht ein neuer Arbeitsplatz stets mit einer Eingewöhnungsphase einher, weshalb ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen vermag (Urteil des Bundesgerichts 9C_200/2017 vom 14. November 2017 E. 4.5). Im Weiteren vermag eine fehlende berufliche Ausbildung keinen leidensbedingten Abzug zu rechtfertigen, wenn der statistische Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 angewendet wird. Die Bedeutung des Kriteriums der Dienstjahre nimmt indessen gemäss Rechtsprechung im privaten Sektor ab, je niedriger das zu berücksichtigende Anforderungsprofil ist. Hinzu kommt, dass sich eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt rechtsprechungsgemäss ohnehin nicht zwingend lohnsenkend auswirkt (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2023 vom 4. Juni 2024 E. 4.3 mit Hinweisen). Von einer langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt kann im vorliegenden Fall ohnehin nicht ausgegangen werden, da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides erwerbstätig war. Der Beschwerdeführer verfügt über eine Niederlassungsbewilligung der Kategorie C. Diesen Umstand hat die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Invalideneinkommens unberücksichtigt gelassen. Gemäss LSE-Tabelle TA12_b der LSE 2020 erzielen Ausländer mit Niederlassungsbewilligung C ohne Kaderfunktion im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt jedoch ein um rund 4 % tieferes Einkommen. Einzig für die verbliebenen, unfallkausalen Beeinträchtigungen wurde ein Abzug von 5 % gewährt. Hier ist zu berücksichtigen, dass bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so doppelt veranschlagt werden dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3). Dem Beschwerdeführer sind vorwiegend sitzende, jedoch abwechselnde Tätigkeiten in einem Vollpensum zumutbar. Nicht möglich sind Arbeiten in der Höhe, in gebückter / gekauerter Position, Arbeiten unter Einwirkung von Stössen und Vibrationen, die sich negativ auf das rechte Sprunggelenk auswirken, Arbeiten mit permanentem Gehen auf unebenem Gelände, Arbeiten mit permanentem Treppab- und Treppaufgehen, Arbeiten mit Heben und Tragen von Gegenständen über 7 ■ 10 kg seien sowie Arbeiten mit permanenten Rotationsbewegungen des rechten Beines. Ein erhöhter Pausenbedarf ist gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung, auf welche hier abzustellen ist, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht gegeben. Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Das kreisärztlich formulierte Tätigkeitsprofil beinhaltet insbesondere den Ausschluss von diversen Arbeiten (z.B. in der Höhe). Unter diesen Umständen ist nicht zwingend nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wegen dieser Ausschlusskriterien im Kompetenzniveau 1 finanzielle Nachteile hätte. Es steht ein

breites Spektrum an Hilfsarbeitertätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen erscheint ein Abzug von 5 % weder willkürlich noch unangebracht. Zusätzlich zu berücksichtigen ist indessen die statistisch erhobene Lohnminderung, die der Beschwerdeführer als Ausländer zu vergegenwärtigen hat. Insgesamt erscheint unter Berücksichtigung der Gesamtumstände ein leidensbedingter Abzug von 10 % angemessen. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von CHF 58'819.00.

6.5 Der Invaliditätsgrad verbleibt nach Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen unter 10 % und ist damit nicht rentenbegründend. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

7. Dem Beschwerdeführer steht unbestrittenermassen eine Integritätsentschädigung zu. Bestritten ist die Höhe.

7.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen.

7.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozent-satz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

7.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 ■ 16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter www.suva.ch). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 116 V 156 E. 3.1 S. 157, 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a ■ c S. 31 f.).

7.4 Die Schwere des Integritätsschadens beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem Befund ist der Integritätsschaden für alle versicherten Personen gleich, d.h. er

wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35). Spezielle Behinderungen der betroffenen Personen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt, d.h. die Bemessung des Integritätsschadens hängt nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab. Auch geht es bei der Integritätsentschädigung nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1 S. 147, 113 V 218 E. 4b S. 221 f. mit Hinweisen).

7.5 Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen. In einem ersten Schritt fällt es dem Arzt zu, sich ■ unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden ■ dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht wird und, bejahendenfalls, welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dabei haben sie sich zwar an die medizinischen Angaben zu halten, doch ändert dies nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung resp. im Streitfall des Gerichts und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_826/2012 vom 28. Mai 2013 E. 2.4 mit Hinweisen).

7.6 Der Integritätsschaden wurde vom Kreisarzt, Dr. med. C.____, am 17. August 2024 beurteilt (Suva-Nr. 254). Er bezifferte diesen auf 17.5 % und verwies diesbezüglich auf die Suva-Tabellen 2.2 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten) und 5.2 (Integritätsschaden bei Arthrosen). In der Beurteilung wird darauf verwiesen, dass eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des rechten Innenknöchels und entlang der medialen Kante des Schienbeines und entlang der Fibula vom Sprunggelenk her bis zum Fibulaköpfchen reichend, eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes, eine diskrete Aufklappbarkeit des rechten oberen Sprunggelenkes, eine Minderung der groben Kraft des rechten Beines, eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen des rechten Beines und bildgebend nachgewiesene Veränderungen des rechten oberen Sprunggelenkes bestünden. Ein komplett versteiftes Sprunggelenk liegt damit nicht vor. Der Beschwerdeführer hat auch keine Fraktur erlitten. Gestützt auf diese gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich unter Heranziehung der durch den Kreisarzt erwähnten Suva-Tabellen 2.2 und 5.2 der auf 17.5 % geschätzte Integritätsschaden nachvollziehen: So ist beim Beschwerdeführer von einer USG-Arthrose und somit gemäss Suva-Tabelle 5 von einem Integritätsschaden zwischen 5 ■ 30 % («USG-Arthrose») auszugehen. Da beim Beschwerdeführer auch Funktionsbeeinträchtigungen in den unteren Sprunggelenken bestehen, würde der Integritätsschaden gemäss Suva-Tabelle 2 hierfür zwischen 5 % ■ 30 % betragen. Wenn jedoch ■ wie hier der Fall ■ neben der Arthrose noch eine Instabilität des betreffenden Gelenkes nachgewiesen wird, soll derjenige Zustand für die Integritätsentschädigung massgebend sein, der die höhere Schätzung aufweist (vgl. entsprechender Hinweis in Suva-Tabelle 5, oben). Demzufolge ist der Integritätsschaden im vorliegenden Fall auf den für die USG-Arthrose heranzuziehenden Mittelwert von 17.5 %

festzulegen. Somit ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.

8. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. November 2023 erweist sich nach dem Gesagten als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. / 5 hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die unentgeltliche Rechtsbeiständin hat am 14. Juni 2024 (A.S. 73 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'606.45) unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 300.00 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt CHF 190.00 (gemäss Entscheid der Gerichtsverwaltungscommission vom 19. Dezember 2022). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'956.15 festzusetzen (13.92 Stunden zu CHF 190.00, zuzügl. Auslagen von CHF 96.00 und MwSt [für den Aufwand und die Auslagen bis Ende 2023 7.7 % bzw. ab 2024 8.1 %), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren.

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 250.00 festgesetzt (gemäss Entscheid der Gerichtsverwaltungscommission vom 19. Dezember 2022), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist somit im Umfang von CHF 797.00 (Differenz zum vollen Honorar, 13.92 Stunden zu CHF 250.00 zzgl. MwSt.) festzusetzen, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist.

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

Demnach wird erkannt:

3. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Tania Teixeira, [...], wird auf CHF 2'956.15 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachforderungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin von CHF 797.00, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_656/2024 vom 3. Dezember 2025 bestätigt.

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