

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00251 vom 29. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00251

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00251 du 29 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00251 del 29 marzo 2007

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Der Gehörsanspruch gebietet die ausreichende Begründung der gefällten Entscheide. Dem Gehörsanspruch wird nicht Genüge getan, wenn der Versicherungssträger die Stellungnahme der Partei lediglich "pro forma" zur Kenntnis nimmt. Vielmehr ist er verpflichtet, sich mit den entsprechenden Vorbringen auseinander zu setzen, was etwa ausschliesst, dass der Versicherungssträger stillschweigend über Einwendungen hinweggeht (Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 42 Rz 517). Allerdings bedeutet dies nicht, dass er ausdrücklich zu jeder tatsächlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand Stellung zu beziehen hat, sondern es reicht, wenn er sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. BGE 124 V 181 Erw. 1a, mit Hinweisen).

2.2 Der Beschwerdeführer rügte, die SUVA habe, indem sie sich in ihrem Einspracheentscheid (Urk. 2) mit den einspracheweise vorgebrachten Einwendungen, insbesondere den von der verwaltungsinternen ärztlichen Beurteilung abweichenden Arztberichten, kaum auseinandergesetzt habe, sein rechtliches Gehör verletzt (vgl. Urk. 1 S. 3). Tatsächlich stützte sich die SUVA im Einspracheentscheid vom 28. April 2006 (Urk. 2) auf die Beurteilung ihrer Ärzte, ohne sich zu den vom Beschwerdeführer in seiner Einsprache vom 9. Februar 2006 zitierten medizinischen Berichten (vgl. Urk. 9/114 S. 3 ff.) zu äussern. Allerdings setzten sich bereits die versicherungsinternen Ärzte, auf deren Einschätzung (Urk. 9/102) die SUVA verwies, soweit sie es für erforderlich hielten, mit den - von der SUVA in ihrem Einspracheentscheid nicht diskutierten - abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinander. Was die mit der Einsprache neu eingereichten Berichte der Klinik Y. (vgl. Anhang 2 und 3 zu Urk. 9/114) betrifft, enthalten diese keine wesentlichen Befunde, welche nicht bereits den SUVA-Ärzten bekannt gewesen wären, und äussern sich insbesondere auch nicht zur vorliegend bedeutsamen Frage der Unfallkausalität der verschiedenen Gesundheitsstörungen. Auch im eingereichten Unfallschein (Anhang 6 zu Urk. 9/114) wurde lediglich das Andauern der - bereits seit langem attestierten - 100%igen Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Insofern enthielten die von der SUVA nicht ausdrücklich behandelten Vorbringen beziehungsweise medizinischen Berichte gegenüber den bereits vorhandenen Akten keine neuen Erkenntnisse, welche für den Einspracheentscheid von offensichtlich grundlegender Bedeutung gewesen wären. Eine besonders schwer wiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs, welche nicht durch das vorliegende Verfahren, in welchem sowohl Sachverhalt als auch Rechtslage frei überprüfbar sind, geheilt

wäre, ist demnach nicht gegeben. (BGE 127 V 437 Erw. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 Erw. 2b, je mit Hinweisen). Im Übrigen ist eine Rückweisung der Sache an die SUVA unter Aufhebung des Einspracheentscheides vom 28. April 2006 zum Erlass eines neuen Einspracheentscheides vorliegend auch deshalb nicht angezeigt, weil sie - aus prozessökonomischer Sicht - nicht im Interesse des Beschwerdeführers liegt. Ein solches Vorgehen wäre nämlich lediglich zu einer unnötigen Verzögerung führen (vgl. BGE 116 V 187 Erw. 3d; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 7. Dezember 2004, I 393/04, Erw. 2.2, und in Sachen T. vom 7. August 2000, I 184/00). Ein entsprechender Antrag wurde vom Beschwerdeführer denn auch gar nicht gestellt (vgl. Urk. 1).

E. 3

3.1 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 beziehungsweise 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht beziehungsweise ob dieser dahingefallen ist, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

3.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein Leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

3.3. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]).

3.4. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3.

Gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV werden voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war.

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen.

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetztmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten

Integritätsschaden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschaden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

E. 4

4.1 Die SUVA verneinte den Anspruch auf weitere Taggelder beziehungsweise eine Invalidenrente im Wesentlichen unter Hinweis auf das Ergebnis der interdisziplinären fachärztlichen Untersuchung vom 10. November 2005 (Urk. 9/102) mit der Begründung, die HWS- und LWS-Beschwerden, die Befunde an der rechten Fusssohle, die Hüftbeschwerden sowie der Status nach medialer Malleolarfraktur rechts seien unfallfremd. Einzig der Befund am rechten Fussgelenk sei Folge des versicherten Unfalls vom 15. März 2002. Es sei dem Beschwerdeführer aber trotz der leichten Funktionseinschränkung des OSG mit Kraftverlust zumutbar, seine bisherige Tätigkeit ganztags, mit einer Leistung von mindestens 90 %, auszuüben (vgl. Urk. 2 S. 4 f.). Die verbleibende Funktionseinschränkung am rechten OSG, verbunden mit einem Kraftverlust, entspreche etwa der leichten Form einer massigen Arthrose und damit einem Integritätsschaden von 5 %. Es bleibe dem Beschwerdeführer unbenommen, eine allfällige künftige Verschlechterung zu gegebener Zeit geltend zu machen (vgl. Urk. 2 S. 6 f.).

4.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die SUVA habe in ihrer Entscheidung zu Unrecht auf die Beurteilung ihrer versicherungsinternen Ärzte vom 15. Dezember 2005 (Urk. 9/102), welche diverse Mängel aufweise, abgestellt (vgl. Urk. 1 S. 7 ff.). Aufgrund der divergierenden ärztlichen Beurteilungen sei die Einholung eines externen Gutachtens und allenfalls eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit angezeigt (vgl. Urk. 1 S. 13). Der eingetretene Integritätsschaden sei angesichts der Tatsache, dass der rechte Fuss nicht mehr normal eingesetzt werden könne und auch Knie, Hüften und Rücken unfallbedingt geschädigt seien, auf mindestens 25 % zu beziffern (vgl. Urk. 1 S. 13 f.).

E. 5

5.1 Der medizinische Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Nachdem sich betreffend die beim Unfall vom 15. März 2002 zugezogene Ruptur der Achillessehne rechts unter konservativer Behandlung eine Besserung des Zustandes eingestellt hatte, kam es im Juni 2002 erneut zu einem Trauma der Achillessehne rechts (vgl. Bericht Klinik Y. ____, Ambulatorium Orthopädie, vom 7. April 2003, Urk. 9/22).

5.2 Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, stellte die Diagnose eines Status nach zweimaliger Verletzung der Achillessehne mit Ruptur rechts und führte am 21. Mai 2003 eine operative Sanierung durch, wobei er eine offene sekundäre Naht der Achillessehne mit Augmentation der Plantarissehne rechts durchführte. Er stellte über längere Strecken stark ausgedünnte Resten des ursprünglichen Sehnenmaterials fest, welche noch eine gewisse Verbindung gewährleisten konnten (vgl. Operationsbericht vom 23. Mai 2003, Urk. 9/28).

5.3 Im Arztzeugnis UVG vom 25. März 2004 (Urk. 9/35) gab Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, an, der Patient habe am 29. Januar 2004 das im Zusammenhang mit einem Unfall mit Trümmerfraktur des distalen rechten Unterschenkels vor zwanzig Jahren verwendete Osteosynthesematerial entfernen lassen, um ein MRI des unbefriedigenden Achillessehnenoperationsresultats zu ermöglichen. Aufgrund der ungenügenden Stabilität der rechten Achillessehne sei der Patient nach wie vor nur zu etwa 50 % arbeitsfähig.

5.4 Nachdem die Ärzte der Klinik Y. ____, Ambulatorium Orthopädie, den Beschwerdeführer am 18. Mai 2004 untersucht hatten, stellten sie in ihrem Bericht vom 21. Mai 2004 (Urk. 9/42) folgende Diagnose:

Status nach Naht und Augmentation mit Plantarissehne der Achillessehne rechts im Mai 2003 bei - Status nach Ruptur und Re-Ruptur Achillessehne rechts nach konservativer Therapie März 2002

Das MRI vom März 2004 habe ein narbig verändertes Gewebe der distalen Achillessehne gezeigt. Diese sei insuffizient, was eine Gangunsicherheit, einen hinkenden Gang und eine Kraftlosigkeit bewirke. Der Patient sei ausserhalb der Möglichkeit der Transferoperation mit der Flexor-hallucis-longus-Sehne, welche sehr kräftig sei, informiert worden (vgl. Urk. 9/42 S. 2).

Am 1. Juli 2004 hielt SUVA-Kreisarzt Dr. med. D. ____, fest, die nun vom Beschwerdeführer geklagten Knie- und Hüftbeschwerden ständen in keinem Zusammenhang mit der Achillessehnenruptur (vgl. Urk. 9/47).

Vom 26. August 2004 bis 29. August 2004 hielt der Beschwerdeführer sich stationär in der Klinik Y. ____, Ambulatorium Orthopädie, auf. Im Austrittsbericht vom 29. August 2004 (Urk. 9/54) stellten die Ärzte folgende Diagnose:

Achillessehneninsuffizienz rechts bei - Status nach Naht und Augmentation der Achillessehne mit Plantaris-sehne rechts im Mai 2003 bei - Status nach Re-Ruptur/Ruptur Achillessehne rechts nach konservativer Therapie im März 2002

Operativ sei am 26. August 2004 (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/53) ein Débridement des Narbengewebes der Achillessehne rechts sowie eine Augmentation und Naht der Achillessehne rechts mit Flexor-hallucis-longus-Muskelsehnentransfer rechts vorgenommen worden (vgl. Urk. 9/54 S. 1).

In ihrem Bericht vom 14. Oktober 2004 (Urk. 9/57) hielten die Ärzte der Klinik Y. ____, Ambulatorium Sportmedizin, fest, sechs Wochen postoperativ empfinde

der Patient vor allem die fehlende Kraft in der rechten Wade als störend. Daneben klagt er über elektrisierende Schmerzen im Vorfussbereich. Weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 18. Oktober 2004 gaben die Ärzte der Klinik Y. ____, Ambulatorium Orthopädie, an, das Dysempfinden im Bereich der Grosszehe habe in der Zwischenzeit nicht abgenommen, sondern sich insbesondere auf den lateralen Vorfuss ausgeweitet. Diese Beschwerden seien im Zusammenhang mit verstärkter Belastung beziehungsweise dem Verzicht auf die Inno-Step-Orthese aufgetreten (vgl. Urk. 9/58).

5.7 Dr. C. ____, hielt am 19. Oktober 2004 fest, postoperativ sei eine Nervenläsion rechts aufgetreten (vgl. Urk. 9/60 S. 1). Gemäss Angaben des Patienten sei dessen Grosszehe rechts nach der Operation taub gewesen, und nach drei Tagen hätten sich Kribbelparästhesien von der Grosszehe bis in die fünfte Zehe eingestellt. Zudem gebe der Beschwerdeführer starke elektrisierende Schmerzen bei Berührung an. Es bestehe ein Status nach Nervenstrauma perioperativ. Betreffend die Hüftprobleme sei eine Abklärung durch die Krankenkasse angezeigt (vgl. Urk. 9/60 S. 2).

5.8 In ihrem Bericht vom 11. November 2004 (Urk. 9/61) gaben die Ärzte der Klinik Y. ____, Ambulatorium Sportmedizin, an, es bestehe weiterhin eine Achillessehneninsuffizienz rechts. Der Patient gehe seit zwei bis drei Wochen ohne Stütze. Seither verspüre er eine Hyposensibilität in der ganzen rechten Fusssohle. Deren Ursache sei nicht klar eruierbar; als Differentialdiagnose falle eine Irritation des Nervus tibialis oder ein Geschehen im Bereich der LWS in Betracht. Im Weiteren habe sich ein zunehmendes Hinken eingestellt. Schmerzen gebe der Beschwerdeführer nicht an, er klagt jedoch über eine deutliche Kraftverminderung in der rechten Wadenmuskulatur. Nach einer Gehstrecke von ein bis zwei Kilometern verspüre er zudem ausgeprägte Hüftschmerzen beidseits. Röntgenbilder von Becken und Hüften hätten weder ossäre Läsionen noch Anzeichen für eine Arthrose ergeben (vgl. Urk. 9/61).

Am 26. November 2004 hielten die Ärzte der Klinik Y. ____, Ambulatorium Sportmedizin, fest, es bestehe ein kombiniertes Kraft- und Koordinationsdefizit im Bereich des operierten rechten Beines. Dazu komme eine Hyposensibilität im Nervus tibialis-Versorgungsbereich. Es sei eine neurologische Abklärung betreffend die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen möglicher Nervenschädigung und Einschränkung der Muskelkraft im Bereich der Wadenmuskulatur bestehe, erforderlich (vgl. Urk. 9/65).

Am 30. November 2004 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten der Klinik Y. ____, Ambulatorium Neurologie, untersucht. In ihrem Bericht (Urk. 9/64) stellten die Ärzte folgende Diagnosen:

- Atrophie rechter Unterschenkel, am ehesten inaktivitätsbedingt
DD: Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom S1 rechts
- Achillessehneninsuffizienz rechts bei
- Status nach Naht und Augmentation der Achillessehne mit Plantarissehne rechts im Mai 2003 bei
- Status nach Re-Ruptur und Ruptur Achillessehne rechts nach kon-

servativer Therapie im März 2002. Die Angabe von lumbalen Schmerzen und Missempfindungen im Fusssohlenbereich rechts und die Atrophie des Unterschenkels rechts liessen an ein peripheres Geschehen im Sinne einer Wurzelkompression denken. Ebenfalls denkbar und im Vordergrund stehend sei aber eine Atrophie im Rahmen einer Inaktivität bei mehreren Operationen (vgl. Urk. 9/65 S. 2).

Das MRI der LWS vom 6. Dezember 2004 ergab eine degenerative Diskopathie L3-S1 sowie eine kleine beginnende Hernie L4/5 median ohne Neurokompression. Die elektrophysiologische Untersuchung vom 5. Januar 2005 zeigte einen grenzwertigen Befund mit verlängerter Einstichaktivität und zwei positiven Scharf-Wellen im Bereich des Musculus gastrocnemius rechts bei ansonsten normalen Befunden (vgl. Bericht Klinik Y., Ambulatorium Neurologie, vom 5. Januar 2005, Urk. 9/68).

Anlässlich der Untersuchung vom 10. Januar 2005 in der Klinik Y., Ambulatorium Orthopädie, gab der Beschwerdeführer an, es sei nach anfänglich gutem Verlauf eine erneute Verschlechterung eingetreten. Zwar habe er wieder Kraft, jedoch leide er unter Koordinations- beziehungsweise Gleichgewichtsstörungen beim Gehen. Beim Stehen auf den Zehenspitzen habe er kein Gefühl im rechten Fuss. Das Gehen mit geschlossenen Augen bereite ihm Mühe, mit geöffneten Augen könne er dagegen sehr gut gehen. Die Gefühlsstörung sei etwa sechs bis acht Wochen nach der Operation aufgetreten; sie sei langsam von der Fusssohle im Zehenbereich bis in den Oberschenkel angestiegen und bestehe nun auch im Fussrücken. Vor einigen Tagen hätten sich die selben Beschwerden auch im linken Fuss eingestellt. Zudem bestehe ein Kribbeln in beiden Händen. Im Rücken sei zweimal eine Blockade aufgetreten, welche sich unter Wärmebehandlung wieder gebessert habe (vgl. Urk. 9/69).

In ihrem Bericht vom 20. Januar 2005 (Urk. 9/72) stellten die Ärzte der Klinik Y., Ambulatorium Neurologie, folgende Diagnosen:

- Verdacht auf zervikale Myelopathie bei grosser medianer Diskushernie C6/7

- Atrophie rechter Unterschenkel, am ehesten inaktivitätsbedingt

DD: Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom S1 rechts
- Achillessehneninsuffizienz rechts

Die elektrophysiologische Untersuchung des Nervus tibialis habe einen Normalbefund ergeben. Das MRI der HWS vom 13. Januar 2005 habe eine grosse mediane Diskushernie C6/7 mit Kompression des Myelons und konsekutiver Spinalkanalstenose ohne intramedulläre Signalstörung gezeigt. Die beidseits normalen H-Reflexe sprächen gegen eine Beeinträchtigung der Wurzel S1 (vgl. Urk. 9/72 S. 2).

Aufgrund der neurologischen Untersuchung vom 23. Februar 2005 konnte eine zervikale Myelopathie bei Diskushernie C6/7 nachgewiesen werden. Als Ursache dafür zogen die Ärzte der Klinik Y., Ambulatorium Sportmedizin, die

-Â Â Erhaltene, aber mÃ¶glicherweise etwas verlÃ¤ngerte Achillessehne rechts nach Ruptur und Operation mit verkÃ¼rzter Gastrocnemiusmuskulatur und konsekutiv eingeschrÃ¤nkter Kraft mit verminderter Exkursion am rechten oberen Sprunggelenk

Unfallfremde:

-Â Â Grosse mediane Diskushernie C6/C7 mit ventraler deutlicher Eindellung von Duralsack und RÃ¼ckenmark

-Â Â Kleine Diskushernie L5/S1 ohne BeeintrÃ¤chtigung neuraler Strukturen

-Â Â Unklare, leichte SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung an der rechten Fusssohle als mÃ¶gliche Folge der kleinen Diskushernie L5/S1

-Â Â Wahrscheinlich beginnende Coxarthrose

-Â Â Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit subligamentÃ¤ren Protrusionen auf der Basis von Bandscheibendegenerationen mit kleiner subligamentÃ¤rer Diskushernie L5/S1

-Â Â Status nach medialer Malleolarfraktur rechts vor Ã¼ber 20 Jahren, mit Zuggurtungsosteosynthese versorgt (Metall zwischenzeitlich entfernt)

Â Â Â Â Â Â Â Â Nach zweifacher Operation habe sich die Situation betreffend die rechte Achillessehne mittlerweile stabilisiert; von weiteren Behandlungsmassnahmen sei mit Sicherheit keine relevante Besserung mehr zu erwarten; Behandlung und Schadenfall kÃ¶nnen daher abgeschlossen werden. Es verbleibe eine deutliche FunktionseinschrÃ¤nkung am rechten OSG, verbunden mit einem Kraftverlust. Aufgrund des MRI-Befundes vom 15. Juli 2005 habe nachgewiesen werden kÃ¶nnen, dass die Achillessehne etwas gewÃ¶hlt und demnach wahrscheinlich locker sei. In ihrer KontinuitÃ¤t sei sie aber mangels Rerupturzeichen erhalten. Dieser Unfallrestbefund entspreche einem dauernden und erheblichen IntegritÃ¤tsschaden im Sinne von Art. 36 UVV (vgl. Urk. 9/102 S. 12, S. 15).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die erst einige Jahre nach dem fraglichen Unfall aufgetretenen HÃ¼ft- und RÃ¼ckenbeschwerden seien unfallfremd; ein natÃ¼rlicher pathophysiologischer Zusammenhang und damit ein wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Sturz liessen sich nicht nachweisen. Die Beschwerden beruhten auf beginnenden und degenerativen VerÃ¤nderungen und seien im Ã¼brigen - hauptsÃ¤chlich an der LendenwirbelsÃ¤ule - klinisch und radiologisch objektivierbar (vgl. Urk. 9/102 S. 13).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aufgrund der durchgefÃ¼hrten klinisch-neurologischen Untersuchung lasse sich das Vorliegen einer klinisch eindrÃ¼cklichen, interventionsbedÃ¼rftigen zervikalen Myelopathie (HalsmarkschÃ¤digung) nicht uneingeschrÃ¤nkt bestÃ¤tigen. Zwar bestehe eine pathologische Reflexsteigerung, welche Ausdruck einer auf die im MRI ersichtliche Diskushernie zurÃ¼ckzufÃ¼hrenden HalsmarkschÃ¤digung sein kÃ¶nne. Allerdings sei beim BeschwerdefÃ¼hrer auch ein gesteigerter Reflex im Gesichtsbereich (Masseterreflex) festzustellen; die Ursache fÃ¼r diese Reflexanomalie, betreffend welche unklar sei, ob ihr Krankheitswert zukomme, liege daher eher im Kopf beziehungsweise Gehirn als im Halsmarkbereich. Die SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen an beiden HÃ¤nden und Unterarmen und die wahrscheinlich bestehende leichte LÃ¤hmung der rechten Hand seien vermutlich entweder auf eine beidseitige SchÃ¤digung der zugehÃ¶rigen Nervenwurzeln aus dem unteren Halsmark oder auf eine Kompression eines Teils der sensiblen Leitungsbahnen im RÃ¼ckenmark, bedingt durch die zwei Etagen hÃ¶her gelegene

Diskushernie, zurÄ¼ckzufÄ¼hren (vgl. Urk. 9/102 S. 13).

Bei den Diskushernien handle es sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit um eine degenerative Erscheinung. Aufgrund der nach dem Sturz geklagten Beschwerden kÄ¼nne nicht von einer Verursachung durch den Unfall ausgegangen werden. Auch fÄ¼r eine unfallbedingte Traumatisierung der Diskushernien fÄ¼nden sich in den medizinischen Akten keine Hinweise (vgl. Urk. 9/102 S. 13).

Was die anhaltende SensibilitÄ¼tsstÄ¼rung am rechten Bein betreffe, deren genaue Ursache unklar sei, stehe diese mit hoher Wahrscheinlichkeit in keinem Zusammenhang mehr mit der Fussoperation im August 2004, da die betroffenen Nervenbahnen damals gar nicht touchiert worden seien. Die unmittelbar nach der zweiten Fussoperation im August 2004 aufgetretene SensibilitÄ¼tsstÄ¼rung im Bereich der Operationsnarbe sei im Ä¼brigen wieder vollstÄ¼ndig verschwunden, was der BeschwerdefÄ¼hrer anÄ¼sslich der Untersuchung ausdrÄ¼cklich bestÄ¼tigt habe (vgl. Urk. 9/102 S. 13 f.).

Die aktuell vom BeschwerdefÄ¼hrer geltend gemachten Kopfschmerzen beziehungsweise das OhrgerÄ¼sch vermÄ¼chten den Beweis fÄ¼r eine frÄ¼here GehirnerschÄ¼tterung beziehungsweise fÄ¼r ein beim Sturz zugezogenes Schleudertrauma nicht zu erbringen. Beide Verletzungen erschienen aufgrund der vorhandenen Arztberichte respektive des Unfallhergangs als unwahrscheinlich (vgl. Urk. 9/102 S. 15, S. 16).

Es ergebe sich daher, dass die aktuellen Symptome und pathologischen Befunde betreffend das Nervensystem (Kopfschmerzen, OhrgerÄ¼sch, Diskushernie der HalswirbelsÄ¼ule, GefÄ¼hlsstÄ¼rungen an Armen und rechtem Bein) mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen darstellten (vgl. Urk. 9/102 S. 15).

In der angestammten TÄ¼tigkeit sei der BeschwerdefÄ¼hrer trotz der leichten FunktionseinschrÄ¼nkung betreffend OSG mit Kraftverlust ganztags, zu sicher 90%, arbeitsfÄ¼hig. Eine behinderungsangepasste TÄ¼tigkeit (nur seltenes Heben und Tragen schwerer Lasten Ä¼ber 20 bis 25 Kilogramm, keine langen Gehstrecken, kein sehr hÄ¼ufiges Treppensteigen) sei ihm wieder zu 100 % zumutbar (vgl. Urk. 9/102 S. 16).

5.14Ä¼ In seinem Schreiben vom 12. Juli 2006 (Urk. 3/2) gab Dr. B.____ an, die Probleme in der rechten Achillessehne seien primÄ¼r auf einen der beiden UnfÄ¼lle zurÄ¼ckzufÄ¼hren. Die im Zusammenhang mit dem ersten Unfall durchgefÄ¼hrte konservative Behandlung der Achillessehne sei aufgrund der partiellen Verletzung angemessen gewesen, eine direkte Operation sei damals nicht angezeigt gewesen. Erst der erneute Unfall habe aufgrund der in der Folge persistierenden Beschwerden und der grÄ¼sseren LÄ¼sion eine operative Behandlung erforderlich gemacht.

5.15Ä¼ Dr. med. I.____, Facharzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie, Klinik W.____, bestÄ¼tigte am 26. Juli 2006, dass er der Rechtsvertreterin des BeschwerdefÄ¼hrers anÄ¼sslich des TelefongesprÄ¼chs vom 24. Juli 2006 mitgeteilt habe, es gebe vermutlich keine MÄ¼glichkeiten mehr, die Situation der Achillessehne operativ zu verbessern. Das Problem bestehe darin, dass diese zu lang sei und entsprechend keine KraftÄ¼bertragung auf den Vorderfuss stattfinde. Zudem verursachten verschiedene lÄ¼dierte Nerven weitere Beschwerden. Die gesundheitlichen Probleme des Patienten seien betrÄ¼chtlich; insgesamt werde er durch den verletzten Fuss stark beeintrÄ¼chtigt (vgl. Urk. 3/4 S. 1). Die geklagten

Beschwerden und Probleme mit dem Fuss sowie die Gefährdungen im Bein seien glaubhaft und nachvollziehbar. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Automechaniker sei aufgrund der wenigen selbst durchgeführten Untersuchungen sehr schwierig einzuschätzen; sie liege wohl - mit Einschränkungen - bei 70 % bis 80 % (vgl. Urk. 3/4 S. 2).

E. 6

6.1 Vorab ist festzuhalten, dass sowohl aus den zitierten Arztberichten als auch aus der Unfallmeldung vom 21. März 2002 (Urk. 9/1) zu schliessen ist, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. März 2002 lediglich am rechten Fuss verletzte. Eine Kopfverletzung beziehungsweise Bewusstlosigkeit (vgl. Urk. 1 S. 4) wurde nie dokumentiert; Kopfschmerzen wurden erst lange Zeit nach dem Unfall, am 29. August 2005 (vgl. Urk. 3/3), überhaupt erwähnt, wobei der Beschwerdeführer ausführte, es handle sich um erhebliche Schmerzen, welche seit einem Jahr nach dem Unfall persistierten. Diese Aussage findet in den zahlreichen medizinischen Berichten allerdings keine Stütze. Auch einen Sturz auf den Kopf mit Bewusstlosigkeit und Amnesie machte der Beschwerdeführer erst lange nach dem Unfall, anlässlich der auf seine Initiative hin erfolgten Besprechung mit einem Mitarbeiter der SUVA am 22. Juni 2005, erstmals geltend (vgl. Urk. 9/83). Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer erst einige Tage nach dem fraglichen Sturz überhaupt den Arzt aufsuchte, in den entsprechenden Berichten lediglich eine Fussverletzung genannt wurde und bereits ab 19. Juni 2002 wieder eine - zumindest teilweise - Arbeitsfähigkeit bestand (vgl. Urk. 9/5), ist - sofern der Beschwerdeführer beim Unfall überhaupt mit dem Kopf aufschlug - nicht überwiegend wahrscheinlich, dass er sich dabei eine Verletzung zuzog, welche im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA noch behandlungsbedürftige oder eine Arbeitsunfähigkeit bewirkende Folgen zeitigt hätte. Die geltend gemachten Kopf- und Tinnitusbeschwerden (vgl. Urk. 1 S. 5) wurden während Jahren in keinem Arztbericht erwähnt und stehen daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem Kausalzusammenhang zum fraglichen Unfall. Festzuhalten ist in Bezug auf den behaupteten Sturz auf den Kopf insbesondere, dass keiner der zahlreichen behandelnden Ärzte je eine Commotio cerebri oder eine HWS-Distorsion (vgl. Urk. 8/86 S. 3) diagnostizierte und es betreffend diesen beiden Diagnosen auch am für die Bejahung eines natürlichen Kausalzusammenhanges zum Unfall erforderlichen Beschwerdebild (vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b) fehlte. Insofern kann offen bleiben, ob der Beschwerdeführer beim fraglichen Unfall tatsächlich mit dem Kopf aufschlug; Weitere dieselbe Abklärungen, insbesondere die beantragte Zeugeneinvernahme und der Bezug der Krankengeschichte des Spitals V. ____ (vgl. Urk. 1 S. 5), erübrigen sich demnach.

6.2 Wenn es in den Akten auch verschiedentlich Hinweise auf psychische Beschwerden gibt (vgl. Urk. 9/100, Anhang zu Urk. 9/100 S. 2, Urk. 9/102 S. 9), so stellte kein Arzt je eine entsprechende Diagnose. Auch ist nicht aktenkundig, dass der Beschwerdeführer sich einer Psychotherapie (vgl. Urk. 9/100) unterzöge. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass eine unfallbedingte psychische Symptomatik von Krankheitswert vorliegt, welche eine Heilbehandlung erforderte beziehungsweise eine Arbeitsunfähigkeit nach sich zöge und entsprechend im Zusammenhang mit der vorliegend zu beurteilenden weiteren Leistungspflicht der SUVA von Relevanz wäre.

E. 7

7.1. Zu prüfen ist, ob die SUVA zu Recht auf den interdisziplinären Bericht der versicherungsinternen Ärzte vom 15. Dezember 2005 (Urk. 9/102) abstellte oder ob die vom Beschwerdeführer daran geäußerte Kritik (vgl. Urk. 1 S. 3 f. und S. 7 ff.) begründet ist.

Der fragliche Bericht nimmt umfassend Stellung zur streitigen Frage der Unfallkausalität der weiterhin geklagten Beschwerden (Urk. 9/102 S. 13 ff.), der diesbezüglich resultierenden Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/102 S. 16) und des verbleibenden unfallbedingten Integritätsschadens (vgl. Urk. 9/102 S. 12). Er beruht im Weiteren auf orthopädischen (vgl. Urk. 9/102 S. 7 ff.) und neurologischen (vgl. Urk. 9/102 S. 9 f.) Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 9/102 S. 6), erging in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 9/102 S. 1 ff.) und enthält begründete Schlussfolgerungen (vgl. Urk. 9/102 S. 12 ff.). Damit auf die Expertise abgestellt werden kann, muss sie zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Anzumerken ist, dass die Tatsache allein, dass die beurteilenden Ärzte in einem Anstellungsverhältnis zur SUVA stehen, nicht auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit schliessen lässt. Besondere Umstände, welche Anlass zu Misstrauen in die Unparteilichkeit der verwaltungsinternen Beurteilung geben, sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht (vgl. BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

Wie bereits dargelegt, erging die Beurteilung der SUVA-Ärzte Dr. G. und Dr. H. in Kenntnis der medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 9/102 S. 9/102). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 3 f.) war es nicht erforderlich, dass sie sich mit sämtlichen vorhandenen Arztberichten eingehend auseinandersetzen. Relevant ist vielmehr, dass der Bericht der interdisziplinären Untersuchung vom 15. Dezember 2005 (Urk. 9/102), soweit er nicht mit den weiteren ärztlichen Beurteilungen übereinstimmt, nachvollziehbare Begründungen für die abweichenden Schlussfolgerungen enthält.

Dass die Beschwerden im Zusammenhang mit der Verletzung der rechten Achillessehne unfallkausal sind, wurde von keinem Arzt je bezweifelt und ist im Übrigen unbestritten. Während die versicherungsinternen Ärzte der SUVA von einer etwas verlängerten Achillessehne mit verkürzter Gastrocnemiusmuskulatur und konsekutiv eingeschränkter Kraft mit verminderter Exkursion am rechten oberen Sprunggelenk ausgingen (vgl. Urk. 9/102 S. 11), machte der Beschwerdeführer - unter Verweis auf den Bericht der Klinik Y., Hand- und Fusszentrum, vom 29. August 2005 (Urk. 3/3) - geltend, die Achillessehne sei massgeblich zu lang, weshalb absolut keine Kraftentwicklung im Vorfuss stattfindet (vgl. Urk. 1 S. 7). Zwar gingen die Ärzte der Klinik Y., Hand- und Fusszentrum, im fraglichen Bericht (Urk. 3/3) tatsächlich von einer vollständig fehlenden muskulären Kraftentwicklung aus. Allerdings hielten sie fest, dass die - nur leichtgradige - Verlängerung des Transfers dafür nicht ursächlich sei, bewirke diese doch lediglich eine geringe Reduktion der Kraftübertragung. Eine Verkürzung des Transfers hielten sie daher nicht für indiziert. Diese Beurteilung stimmt überein mit derjenigen der SUVA-Ärzte, welche von einer "etwas verlängerten" Achillessehne und konsekutiv eingeschränkter Kraft ausgingen (vgl. Urk. 9/102 S. 11). Sie steht entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers auch nicht im Widerspruch zur

Einschätzung von Dr. I.____, der lediglich von einer zu langen Achillessehne sprach (vgl. Urk. 3/4). Zwar fährte der letztgenannte Arzt die fehlende Kraftübertragung auf den Vorderfuss - offenbar ausschliesslich - auf diesen Umstand zurück. Allerdings wies er selbst - im Zusammenhang mit der Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit - darauf hin, dass er den Patienten nur wenige Male untersucht habe und eine Beurteilung der Situation daher für ihn schwierig sei. Insofern vermügen der Bericht der Klinik Y.____ vom 29. August 2005, in welcher der Beschwerdeführer bereits seit April 2003 (vgl. Urk. 9/21) - wenn auch bei verschiedenen Ärzten - in Behandlung steht, und die Beurteilung der Ärzte der SUVA, welche in Kenntnis der Vorakten erging und auf fundierten sowohl orthopädischen als auch neurologischen Untersuchungen beruht, mehr zu überzeugen. Es ist demnach entsprechend dem Bericht der interdisziplinären Untersuchung vom 10. November 2005 (Urk. 9/102) von einer unfallbedingt etwas verlängerten Achillessehne rechts, welche ursprünglich ist für eine Kräfteinschränkung im Fuss, nicht aber für die vollständig fehlende Kraftentwicklung, auszugehen.

Dass die zwei festgestellten Diskushernien (C6/C7, L5/S1) unfallfremd sind (vgl. Urk. 9/102), wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Etwas anderes geht auch aus den zitierten ärztlichen Berichten nicht hervor. Eine unfallbedingte Verursachung verneinten die Ärzte der SUVA mit der einleuchtenden Begründung, dass es in diesem Fall kurze Zeit nach dem Unfall zu entsprechenden intensiven Schmerzen beziehungsweise Lähmungen hätte kommen müssen (vgl. Urk. 9/102 S. 13); solche sind aber in keinem Arztbericht dokumentiert. Die von Dr. F.____ in Betracht gezogene unfallbedingte Verursachung der Diskushernie C6/7 ist nicht nachvollziehbar begründet und wurde vom genannten Arzt selbst lediglich für zu 50 % - und damit nicht überwiegend - wahrscheinlich gehalten (vgl. Urk. 9/96). Mangels eines entsprechenden Hinweises in den umfangreichen medizinischen Akten kann auch nicht von einer unfallkausalen Traumatisierung - welche wohl ohnehin vorübergehender Natur gewesen wäre - oder einer richtungsweisenden Verschlechterung der degenerativ bedingten Diskushernien ausgegangen werden.

Weder von den SUVA-Ärzten noch von einem behandelnden Arzt wurde je angenommen, dass die Knie-, Hüft- und Rückenprobleme - auch nur teilweise - auf eine Fehlbelastung infolge Entlastung des rechten Beines zurückzuführen wären (vgl. Urk. 1 S. 9); es bestehen denn auch keinerlei Anhaltspunkte für einen solchen Konnex. Kreisarzt Dr. D.____ hatte sogar bereits am 1. Juli 2004 einen Zusammenhang zwischen Knie- respektive Hüftbeschwerden und Achillessehnenruptur ausdrücklich verneint (vgl. Urk. 9/47). Dr. C.____ empfahl dem Beschwerdeführer am 19. Oktober 2004, die Hüftprobleme durch die Krankenkasse abklären zu lassen (vgl. Urk. 9/60 S. 2), und brachte damit ebenfalls zum Ausdruck, dass er die fraglichen Beschwerden für krankheitsbedingt und nicht etwa unfallkausal hielt. Selbst aus dem vom Beschwerdeführer zitierten Bericht der Klinik Y.____ vom 21. Mai 2004 (Urk. 9/42, vgl. Urk. 1 S. 9) geht nichts anderes hervor; festgehalten wurde darin nämlich einzig, dass der Patient - und nicht etwa die Ärzte - einen Zusammenhang zwischen hinkendem Gang und zunehmenden Knie-, Hüft- und Rückenbeschwerden sah.

Was die gemäss Beschwerdeführer von den Ärzten der SUVA zu Unrecht nicht berücksichtigte Parese der rechtsseitigen Fussensker und -heber (vgl. Urk. 1 S. 8) anbetrifft, wurde diese einzig im Bericht der Klinik Y.____, Hand- und Fusszentrum, vom 29. August 2005 (Urk. 3/3 S. 1) erwähnt. Sowohl die Parese als auch

die Sensibilit tsst r rung des linken Beines wurden vom Neurologen der Klinik Y.____ in Zusammenhang mit einer Symptomatik bei Spinalkanalstenose gebracht (vgl. Urk. 3/3 S. 1); von einer Unfallkausalität wurde daher nicht ausgegangen.

         In Bezug auf die Sensibilit tsst r rungen am rechten Fuss und im Bein konnten die SUVA-Ärzte trotz entsprechender Untersuchung keine klare Ursache eruieren. Dass die fraglichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Fussoperation st nden, schlossen sie aber mit der überzeugenden Begründung, die betreffenden Nervenbahnen seien beim operativen Eingriff am Fuss gar nicht touchiert worden (vgl. Urk. 9/102 S. 14 und S. 15), aus. Anzumerken ist hierzu, dass der Unfallversicherer lediglich darzutun hat, dass eine Gesundheitsst r rung in keinem überwiegend kausalen Zusammenhang zum Unfall steht; den Beweis für deren unfallfremde Ursache hat er - entgegen der Auffassung des Beschwerdef hrers  (vgl. Urk. 1 S. 4) - nicht zu erbringen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 i.S. S, U 414/05 Erw. 2.2 mit Hinweis). Von einer noch vorhandenen Nervenläsion ging im übrigen als einziger Arzt der Orthopäde Dr. I.____ aus (vgl. Urk. 3/4 S. 1), allerdings unterliess er es, die fraglichen Verletzung als unfallfremd beziehungsweise -kausal zu qualifizieren. Aufgrund welcher Befunde er - im Gegensatz zum Neurologen Dr. E.____ und zum Neurologen der Klinik Y.____ - eine Nervenläsion feststellen konnte, geht aus dem Protokoll des Telefongesprächs vom 25. Juli 2006 (Urk. 3/4) nicht hervor. Dass die perioperative Nervenläsion beziehungsweise das postoperative Nerventrauma (vgl. Bericht Dr. C.____ vom 19. Oktober 2004, Urk. 9/60) im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA noch bestanden hätte, ist keinem Arztbericht zu entnehmen. Im Gegenteil hielten die SUVA-Ärzte ausdrücklich fest, die anlässlich der Fussoperation im August 2004 beim Hautschnitt erfolgte Verletzung von feinen Haut-Nervenästen habe eine Sensibilit tsst r rung zur Folge gehabt, welche - was auch der Beschwerdeführer bestätigt habe - vorübergehender Natur gewesen sei (vgl. Urk. 9/102 S. 13). Eine im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA noch vorhandene unfallbedingte Verletzung von Nerven ist demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan.

         Dass eine allfällige Myelopathie auf den Sturz vom 15. März 2002 zurückzuführen wäre, nahm kein Arzt an und wurde auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Dasselbe gilt für die von den SUVA-Ärzten gestellte Verdachtsdiagnose einer beginnenden Coxarthrose beziehungsweise das chronische Lumbovertebralsyndrom, das in Zusammenhang mit den - wie dargelegt - unfallfremden Bandscheibendegenerationen mit Diskushernie L5/S1 gebracht wurde (vgl. Urk. 9/102 S. 11).

         Die vom Beschwerdeführer bemängelte Ausserachtlassung der fehlenden Afferenz der Fussbewegung (vgl. Urk. 1 S. 10) vermag schliesslich die Schlussfolgerungen des verwaltungsinternen Berichtes ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Dass die fehlende Afferenz überhaupt auf den Unfall zurückzuführen sei, geht aus keinem Arztbericht hervor. Festgehalten wurde vielmehr, dass das mit der fehlenden Afferenz zusammenhängende Ausbleiben der muskulären Kraftentwicklung im rechten Fuss mit der leichtgradigen Verlängerung des Transfers, für welche der Unfall ursächlich sei, nicht zu erklären sei (vgl. Urk. 3/3). Im übrigen beruhte der kritisierte Bericht der SUVA-Ärzte unter anderem auf einer eingehenden orthopädischen Untersuchung, anlässlich welcher sämtliche Einschränkungen des Beschwerdeführers beim Gehen überprüft wurden (vgl. Urk. 9/102 S. 7 f.) und den

SUVA-Ärzten bei der Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Integritätseinbusse entsprechend bekannt waren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzumerken bleibt, dass die SUVA im Einspracheentscheid vom 28. April 2006 (Urk. 2) entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6) die Unfallkausalität der Rücken- und Hüftbeschwerden nicht anerkennt, sondern im Rahmen der Sachverhaltsdarstellung unter lit. E lediglich als weitere, im Jahr 2004 zu den bereits bestehenden Leiden des Beschwerdeführers hinzugetretene Gesundheitsstörungen aufgeführt hat (vgl. Urk. 2 S. 2).

7.4 Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beurteilung der Unfallkausalität der diversen vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden durch die Ärzte der SUVA zu überzeugen vermag und dessen daran geäußerte Kritik unberechtigt ist. In Bezug auf die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist daher entsprechend dem Bericht vom 15. Dezember 2005 (Urk. 9/102) ausschliesslich die Verletzung der Achillessehne rechts und die dadurch eingeschränkte Kraft mit verminderter Exkursion am rechten oberen Sprunggelenk von Relevanz.

7.5 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der SUVA gingen - bei Ausschluss beziehungsweise zeitlicher Limitierung gewisser Verrichtungen - von einer unfallbedingten Einschränkung von höchstens 10 % in der angestammten Tätigkeit aus (vgl. Urk. 9/102 S. 16). Dass sie dabei nicht ausdrücklich Bezug auf die fehlende Afferenz nahmen (vgl. Urk. 1 S. 10) , ist - sofern diese überhaupt unfallkausal ist (vgl. Erw. 7.3) - insofern unerheblich, als die Zumutbarkeitsbeurteilung auf umfassenden Untersuchungen betreffend die unfallbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers basiert und dieser angemessen Rechnung trägt. Die von Dr. C.____ noch am 29. August 2005 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Unfallschein, Urk. 3/6) ist vorliegend nicht von Relevanz, da darin sowohl die unfallfremden als auch die unfallbedingten Gesundheitsstörungen berücksichtigt sind. Dr. I.____ bestätigte am 26. Juli 2006 noch eine - für ihn gemäss eigenen Angaben mangels ausreichender Untersuchungsergebnisse nicht exakt abschätzbare - Einschränkung von 20 % bis 30 % in der Tätigkeit als Automechaniker (vgl. Urk. 3/4 S. 2), wobei aus der Zusammenfassung des Telefongesprächs nicht klar hervorgeht, welche - allenfalls unfallfremden - Beschwerden er in diese Beurteilung mit einbezog. Klar ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte, dass über den Zeitpunkt der Einstellung der Taggelder per 31. Januar 2005 (vgl. Urk. 9/106 S. 1, Urk. 2 S. 7) hinaus - zumindest in der angestammten Tätigkeit - noch eine, wenn auch geringe, teilweise Arbeitsunfähigkeit bestand, infolge welcher allenfalls ein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 8 ATSG) bestehen könnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während die von der SUVA nach Einholung des Berichts vom 15. Dezember 2005 verfügte und vorliegend unangefochtene (vgl. oben) Einstellung der Taggelder angesichts der Tatsache, dass die Ärzte keine Möglichkeit mehr sahen, durch weitere Therapiemassnahmen oder einen erneuten operativen Eingriff eine Verbesserung des Gesundheitszustandes herbeizuführen (vgl. Urk. 3/7, Urk. 3/3, Urk. 9/102 S. 12), und der Beschwerdeführer die Physiotherapie aus eigener Initiative abgebrochen hatte (vgl. Urk. 9/102 S. 6), nachvollziehbar ist, ist unklar, weshalb die Beschwerdegegnerin daraufhin den Rentenanspruch implizite verneinte, ohne die Auswirkungen des unfallbedingten Gesundheitsschadens auf das Einkommen des Beschwerdeführers zu prüfen. Immerhin schliesst die hinsichtlich der angestammten Tätigkeit bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 90 % einen Rentenanspruch keineswegs aus, und die SUVA tat nicht dar, inwiefern der

Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit, in welcher gemäss verwaltungsinternem Bericht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestünde, ein Einkommen erzielen könnte, aufgrund dessen ein Invaliditätsgrad von weniger als 10 % resultierte. Auch erörterte sie die Frage eines leidensbedingten Abzuges nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die SUVA es zu Unrecht unterlassen hat, einen Einkommensvergleich durchzuführen.

8. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die zugesprochene Integritätsentschädigung betrifft, ging die SUVA unter Berücksichtigung der unfallbedingten Gesundheitsschädigung von einem Integritätsschaden im Sinne einer Funktionsbehinderung im oberen Sprunggelenk aus und bezifferte den daraus resultierenden Schaden mangels eines entsprechenden tabellarischen Wertes in Analogie zur leichten Form einer mässigen Arthrose gestützt auf Tabelle 5.2 der Mitteilungen der Medizinischen Abteilung Nr. 57 vom November 1984 auf 5 %, wobei sie eine Erhöhung der Entschädigung für den Fall einer allfälligen späteren Verschlechterung ausdrücklich vorbehielt (vgl. Urk. 9/103, Urk. 2 S. 7). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Die Höhe der Entschädigung erscheint in Anbetracht der verbleibenden unfallkausalen Behinderung als angemessen. Davon, dass beim Beschwerdeführer unfallbedingt von einer mit dem vollständigen Verlust beziehungsweise der vollständigen Gebrauchsunfähigkeit des Fusses vergleichbaren Situation auszugehen wäre, kann aufgrund der medizinischen Befunde entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 14) keine Rede sein. Anzumerken ist auch, dass es sich dabei, dass die Funktionseinschränkung am OSG von den Ärzten der SUVA im Zusammenhang mit der Beurteilung des Integritätsschadens als deutlich (vgl. Urk. 9/102 S. 12), im Rahmen der Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit dagegen lediglich als leicht (vgl. Urk. 9/102 S. 16) bezeichnet wurde, nicht um einen Widerspruch handelt (vgl. Urk. 1 S. 11). So ist gemäss den SUVA-Ärzten das Ausmass der Funktionseinschränkung offensichtlich erheblich genug, um die Zusprechung einer Integritätsentschädigung zu rechtfertigen, während - mit einleuchtender Begründung - von einer lediglich geringen Auswirkung auf den Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde.

9. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei diesem Verfahrensausgang unterliegt der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer bezüglich der strittigen Höhe der Integritätsentschädigung vollständig. Die Rückweisung der Sache an die SUVA zur Vornahme von Abklärungen betreffend den Anspruch auf eine Invalidenrente, die praxisgemäss als Obsiegen gilt (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), führt daher lediglich zur Zusprechung einer reduzierten Prozessentschädigung. Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache und nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses mit Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 28. April 2006 insoweit aufgehoben wird, als der Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie, nach Vornahme der Abklärungen im

Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfahren. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Ursula Sintzel
- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
- Bundesamt für Gesundheit
- Helsana

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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