

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00495 vom 22. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00495](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00495)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00495 du 22 mars 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00495 del 22 marzo 2009

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Dagegen liess X. am 8. November 2007 durch F. Sprecher Frank Goecke Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und dem Beschwerdef. ab dem 1. April 2007 weiterhin ein ganzes Taggeld bzw. eine .bergangsrente auszurichten. Eventualiter sei dem Beschwerdef. mindestens eine halbe Invalidenrente sowie eine Integrit.entsch. von 20 % zuzusprechen. Subeventualiter sei die Sache zur Einholung eines neurologischen Gutachtens sowie eines Gutachtens EFL an die Beschwerdegegnerin zur.ckzuweisen bzw. die Gutachten seien durch das Gericht anzuordnen (Urk. 1). Am 22. Januar 2008 (Urk. 7) liess der Beschwerdef. den Bericht von Dr. med. E., Neurologie FMH, vom 7. Januar 2008 (Urk. 8/1) auflegen.

2.2. Unter Verweis auf die (neu erfolgte) neurologische Beurteilung durch Versicherungsmediziner Dr. med. F., Facharzt f. Neurologie FMH und Facharzt f. Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Februar 2008 (Urk. 14/2) beantragte die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2008 (Urk. 12 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 13/1-73) die Abweisung der Beschwerde. Nach Erstattung der Replik am 19. Mai 2008 (Urk. 18) und Verzicht der Beschwerdegegnerin am 23. Juni 2008 auf Duplik (Urk. 21) wurde der Schriftenwechsel mit Verf.ung vom 30. Juni 2008 geschlossen (Urk. 22).

2.3. Mit Eingabe vom 25. November 2008 (Urk. 23) teilte der Beschwerdef. unter Auflage des Arztberichtes von Dr. med. G., Orthop. Chirurgie FMH, vom 13. Oktober 2008 (Urk. 24) mit, er werde sich am 2. Dezember 2008 der operativen Entfernung einer falsch platzierten Schraube unterziehen, wobei die Beschwerdegegnerin ab November 2008 bis zur Entlassung aus dem Spital wiederum ein Taggeld ausrichten werde.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erw.ungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erw.ung:

#### 1. . . . .

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid daf., es bestehe kein Anlass, von den .berzeugenden Einsch.ungen der Dres. B. und D. abzuweichen. Von einer Fortsetzung der .rztlichen Behandlung sei daher keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdef. zu erwarten gewesen und der Fallabschluss damit zu Recht erfolgt (Urk. 2 S. 6). Die Einsch.ung von

Dr. C.\_\_\_\_, welche gestützt auf ein Arbeitsprofil, das demjenigen von Dr. B.\_\_\_\_ entspreche, erfolgt sei, jedoch lediglich eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % für eine sitzende Tätigkeit attestierte, sei allzu wohlwollend und basiere vor allem auf subjektiven Angaben. Damit ändere nichts daran, dass auf das ärztliche Zumutbarkeitsprofil, wie es von Dr. B.\_\_\_\_ definiert und von Dr. D.\_\_\_\_ bestätigt worden sei, abgestellt werden könne (Urk. 2 S. 7). Folgedessen sei dem Beschwerdeführer eine ganztägige mehrheitlich sitzende Betätigung ohne Zwangsstellungen für den linken Fuss zumutbar (Urk. 2 S. 6). Gestützt auf die dokumentierten Arbeitsplätze (DAP), welche den Einschränkungen angemessen Rechnung tragen, liege das Invalideneinkommen für das Jahr 2007 bei Fr. 59'192.90, was im Vergleich zum mutmasslichen Valideneinkommen von Fr. 78'322.60 zu einer unfallbedingten Erwerbseinbusse von Fr. 19'129.70 und damit zu einem Invaliditätsgrad von gerundet 24 % für eine (Urk. 2 S. 9). In Bezug auf die Integritätsentschädigung führte die Beschwerdegegnerin des Weiteren aus, die vom Beschwerdeführer herangezogene Tabelle 2 enthalte lediglich einen Grobraster, welcher durch die weiteren Tabellen ergänzt werde. Da keine Indikation für eine Arthrothese bestehe und die Arthrose als mässig einzuschätzen sei, hätten die Dres. B.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ den Integritätsschaden zu Recht mit 10 % bemessen (Urk. 2 S. 11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Verweis auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ brachte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ergänzend vor, es sei zwar möglich, dass eine periphere Nervenschädigung und ein neuropathisches Schmerzsyndrom vorliegen. Diese seien aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Daher sei weder davon abzusehen, dass der medizinische Endzustand im Dezember 2006 erreicht gewesen sei (Urk. 12 S. 4), noch bestehe Anlass, eine EFL durchzuführen. Es sei, wie bereits schon ausgeführt, auf das durch die Dres. B.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen (Urk. 12 S. 5).

1.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, solange die von Dr. E.\_\_\_\_ vorgeschlagene medikamentöse Behandlung der neuropathischen Schmerzen nicht über einen längeren Zeitraum durchgeführt worden sei, könne nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden (Urk. 1 S. 6). Ferner seien vorab die Eingliederungsbemühungen der Invalidenversicherung abzuwarten (Urk. 1. S. 7). Schliesslich müsse ein neues Zumutbarkeitsprofil erstellt werden, da Dr. E.\_\_\_\_ nachgewiesen habe, dass der Beschwerdeführer aufgrund der neurologisch erklärbaren Schmerzen maximal fünf Minuten gehen oder stehen könne (Urk. 1 S. 8). Endlich sei in Bezug auf die vorgeschlagenen Tätigkeiten gemäss DAP-BLätter festzuhalten, dass ein Pensum von 100 % nicht zumutbar und ein solches von 50 % auch bei sitzender Tätigkeit äusserst schmerzhaft und kraftraubend sei. Im Übrigen sei sowohl die Tätigkeit nach DAP 4541 als auch jene nach DAP 6104 absolut unzumutbar, werde dafür doch ständiges Gehen und Stehen verlangt, was die Schmerzen des Beschwerdeführers weiter verstärke. Da Perioden von maximal fünf Minuten als Ausnahme zu gelten hätten, habe Dr. E.\_\_\_\_ auch bloss eine rein sitzende Tätigkeit als zumutbar bezeichnet. Weil die Vorgaben zur Anwendung der DAP-BLätter nicht erfüllt seien, wäre zur Festsetzung des Invaliditätsgrades die LSE anzuwenden, wobei ein Abzug infolge Alters und schlechter schulischer sowie sprachlicher Qualifikation von 20 % angebracht wäre (Urk. 1 S. 9). Betreffend Integritätsentschädigung sei neben der Arthrose eine Instabilität des betreffenden Gelenkes nachgewiesen. Dieser

Befund wiege schwerer, was eine Integritätsentschädigung von 20 % rechtfertige (Urk. 1 S. 10).

Replicando brachte der Beschwerdeführer vor, die Ausführungen von Dr. E. \_\_\_ liessen keine vernünftigen Zweifel zu, welche gegen eine Schädigung des Nervus tibialis durch das Unfallereignis sprechen würden. Demgegenüber bleibe die Beschwerdegegnerin eine Erklärung für die fehlende Unfallkausalität schuldig (Urk. 18 S. 4). Im Weiteren habe der Kreisarzt bei der Erstellung des Zumutbarkeitsprofils die Tatsache ausser Acht gelassen, dass der Beschwerdeführer auch in der ihm einzig zumutbaren Ruhestellung im Sitzen massive Schmerzen habe. Die von Dr. E. \_\_\_ attestierte Restarbeitsfähigkeit von 50 % bringe den Beschwerdeführer vom Schmerzerleben her an seine Grenzen. Gestützt auf einen Monatslohn von Fr. 4'588.-- (LSE 2004) resultiere bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 57'396.--. Bei einem halben Pensum und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % ergebe sich verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 78'322.60 ein Invaliditätsgrad von 68,85 %.

## 2.

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). 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 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 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, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

Überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

### E. 3

3.1 Nach dem Sturz des Beschwerdeführers von einem Dreitritt am 11. April 2006 (Urk. 13/1) diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_\_, Assistenzarzt an der Klinik A. \_\_\_\_, eine Fersenbeinfraktur (Calcaneusfraktur) mit Zerstörung der hinteren Gelenkfacetten. Wegen der deutlichen Schwellung im Bereich des Rückfusses wurde vorerst konservativ therapiert (Urk. 13/3/2). Am 19. April 2006 erfolgten in der Klinik A. \_\_\_\_, eine offene Reposition und Osteosynthese mit 70er Kalkaneusplatte (Operationsbericht vom 2. Mai 2006, Urk. 13/5). Nach Hospitalisation vom 18. bis zum 24. April 2006 wurde der Beschwerdeführer bei postoperativ komplikationslosem Verlauf und guter Mobilisation an Gehstücken entlassen und bis zur nächsten Verlaufskontrolle am 30. Mai 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Urk. 13/4).

3.2 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 9. Juni 2006 (Urk. 13/8) berichtete der Beschwerdeführer, mit dem Gips gehe es recht gut, der Fuss sei aber ziemlich geschwollen und verursache intermittierend Schmerzen. Nachdem der Beschwerdeführer am 21. Juni 2006 über weiterhin bestehende Schmerzen vor allem nach Belastung geklagt hatte (Urk. 13/9), stellten die Ärzte der Klinik A. \_\_\_\_, mit Bericht vom 18. Juli 2006 (Urk. 13/12) fest, es bestehe aktuell ein zeitgerechter Verlauf. Die Wunde sei zwischenzeitlich verheilt, der Beschwerdeführer habe jedoch angegeben, teilweise elektrisierende und brennende Schmerzen mit Ausstrahlung in den lateralen Fussrand zu verspüren. Es sei den physiotherapeutischen Massnahmen zu verdanken, dass seit zwei Wochen ein Gang an nur einem Stock möglich sei. Die Ärzte empfahlen weiterführende physiotherapeutische Massnahmen, Gehschuhe mit dem Ziel, ohne Stock zu gehen, sowie eine Mobilisation des oberen Sprunggelenkes, Desensibilisierungsmassnahmen und Lymphdrainage. Abschliessend hielten sie fest, eine

Tätigkeit als Gipser erscheine bei dieser schweren Verletzung sehr fraglich (Urk. 13/12/2).

3.3. Im Bericht vom 16. November 2006 (Urk. 13/20) notierten die Ärzte der Klinik A. \_\_\_\_, der Beschwerdeführer leide an zunehmenden Schmerzen von brennendem und teilweise elektrisierendem Charakter im Fersenbereich des linken Fusses, welche in den lateralen Fussrand und bis zur Kniekehle ausstrahlten. Die Schmerzen seien auch in Ruhe und nachts vorhanden. Eine Röntgenuntersuchung ergab unveränderte Verhältnisse ohne Hinweise für eine Materiallockerung. Die Heilungstendenz sei gut. Die Ärzte hielten dafür, dass in erster Linie die Versorgung mit einem orthopädischen Schuh zu erfolgen habe.

3.4. Am 24. November 2006 (Urk. 13/22) berichtete der Beschwerdeführer, er habe am 7. November 2006 einen Herzinfarkt erlitten, weshalb er bis zum 13. November 2006 im Spital I. \_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei. In Bezug auf den linken Fuss gab er an, dass die Fussbeschwerden nach Abgabe des orthopädischen Schuhs vorerst abgenommen hätten, zwischenzeitlich aber wieder aufgetaucht seien. Im Allgemeinen habe er aber weniger Beschwerden als vor der Schuhversorgung.

3.5. Anlässlich der kardiologischen Nachkontrolle vom 4. Dezember 2006 (Urk. 13/28) am Spital I. \_\_\_\_ wurde ein Belastungselektrokardiogramm durchgeführt, welches aber aufgrund allgemeiner Erschöpfung des Beschwerdeführers nach 7 Minuten und 26 Sekunden abgebrochen werden musste. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung von kardialer Seite her subjektiv beschwerdefrei gewesen war. Angaben zu anderweitigen Beschwerden fehlen.

3.6. Gegenüber Kreisarzt Dr. B. \_\_\_\_ klagte der Beschwerdeführer am 7. Dezember 2006 (Urk. 13/33), er sei beim Gehen nach wie vor deutlich eingeschränkt und habe Schmerzen im Bereich des linken Fusses sowie in den Knien und dem Rücken. Einige hundert Meter könne er hinkend ohne Stock zurücklegen. Im Weiteren berichtete der Beschwerdeführer, die orthopädischen Schuhe hätten eine Besserung gebracht. Gleichwohl benötige er vor allem abends eine Tablette Dafalgan. Im Sitzen und Liegen seien die Beschwerden im Fuss geringer, aber in gewissem Ausmass auch vorhanden. Im Sitzen verspüre er vor allem ein Brennen im Bereich des linken Fussballens. Das Autofahren mit Handkupplung sei eine halbe Stunde lang möglich. Zu Hause sitze er in der Wohnung, lese oder sehe fern und mache kleinere Spaziergänge (Urk. 13/33/2). Dr. B. \_\_\_\_ erhob links ein massiges Hinken, ausgeprägter im Barfussgang. Er notierte, eine wesentliche Schwellung bestehe nicht an den Füssen, indes imponierten beidseits deutliche Spreizfüsse. Im Bereich des linken Fusses werde eine ziemliche Hypästhesie angegeben, wobei nur die grosse Zehe normal sensibel sei. Die Narbe am linken Fuss sei reizlos mit massiger Druckdolenz (Urk. 13/33/2). Der Kreisarzt führte aus, die Fraktur sei konsolidiert, es sei eine ordentliche Rekonstruktion gelungen, wobei leichte bleibende Inkongruenzen anzunehmen seien. Die Klagen des Beschwerdeführers über ziemliche Belastungsschmerzen und eine eingeschränkte Gehfähigkeit seien angesichts der zu postulierenden Inkongruenz im unteren Sprunggelenk (USG) verständlich. Der deutlichen Deformität der Vorfüsse komme dabei jedoch keine entscheidende Bedeutung zu, beständen diese doch schon seit Jahrzehnten, ohne den Beschwerdeführer in seiner Arbeit behindert zu haben. Dr. B. \_\_\_\_ bezeichnete die Behandlungsoptionen als erschöpft. Eine probatorische Infiltration des

USG sei noch möglich. Von einer Arthrodesis könne indes keine durchschlagende Verbesserung erwartet werden, sei doch die Belastbarkeit bereits jetzt schon ordentlich; der Beschwerdeführer gehe ohne Stock, ein Reizzustand im Rückfuß bestehe klinisch nicht. Der Arzt erklärte schliesslich, der Beschwerdeführer beobachte sich sehr genau, sei ängstlich und traue sich eine höhere Belastung nicht zu. Dieses Element sei derart dominant, dass ein Work Hardening Programm nicht sinnvoll erscheine. Eine Wiedereingliederung auf dem Bau sei unter diesen Voraussetzungen aussichtslos (Urk. 13/33/2).

Dr. B. erachtete einen Ganztageseinsatz für eine mehrheitlich (mindestens 50 %) sitzende Tätigkeit ohne Zwangsstellungen für den linken Fuss und mit Perioden von Gehen und Stehen, welche 30 Minuten nicht übersteigen, als zumutbar. Das Begehen von Treppen sei selten möglich, ebenso das Niederkauern. Gehen in unwegsamem Gelände sei zu vermeiden. Das Tragen von Lasten auf guter Unterlage von 15 bis 20 kg, auf Treppen die Hälfte des Gewichtes, sei ebenfalls zumutbar. Abschliessend hielt der Arzt fest, die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers falle tiefer aus, da er sein Potenzial nicht voll mobilisiere. Eine Einschränkung infolge des kürzlich erlittenen Herzinfarktes bestehe nicht (Urk. 13/33/4).

Mit Bericht vom 22. Januar 2007 (Urk. 13/39) notierten die Ärzte der Klinik A., in Bezug auf die Frage der Arbeits(un)fähigkeit würden sie sich der Beurteilung von Dr. B. anschliessen. Für den angestammten Beruf sei indes eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren.

Dr. E. berichtete am 15. bzw. 16. März 2007 (Urk. 13/48/2-5), elektrophysikalisch habe sich ein Hinweis auf eine Irritation des Nervus tibialis links bei im Seitenvergleich verzögerten F-Wellen und linksseitig nicht ableitbarem Nervus plantaris medialis, der allerdings auch rechtsseitig nur niedrigamplitudig erhörtlich gewesen sei, ergeben (Urk. 13/48/4). Der Neurologe diagnostizierte einen Status nach Calcaneusfraktur mit Entwicklung eines neuropathischen Schmerzsyndroms und Verdacht auf Irritation des Nervus tibialis links sowie einen Status nach Myokardinfarkt, wobei an kardiovaskulären Risikofaktoren eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie, ein Diabetes mellitus sowie ein Nikotinabusus zu nennen seien (Urk. 13/48/2). Nachdem zumindest die Schmerzen im Bereich des Fussballens und des Digitus IV höchstwahrscheinlich neuropathischer Natur seien, empfehle sich diesbezüglich ein Therapieversuch mit einem Antiepileptikum, z.B. mit Lyrica. Grundsätzlich erscheine auch die Gabe eines Antidepressivums im Rahmen der Schmerztherapie als sinnvoll, wobei indes die kardiale Vorerkrankung zu berücksichtigen sei (Urk. 13/48/3).

Am 27. März 2007 diagnostizierten die Ärzte der Klinik A. eine Metatarsalgie linksseitig bei kurzem erstem Strahl sowie ausgeprägter Vorfussdeformität im Bereich aller Zehen, einen Status nach offener Reposition und Osteosynthese einer Calcaneus-Fraktur links mit Dislokation der hinteren Facette am 19. April 2006 sowie eine traumatische Affektion der Articulatio talocalcaneare (Urk. 13/47/1). Eine subtalare Infiltration habe nur eine geringfügige Beschwerdeverbesserung gebracht, weshalb eine Indikation für eine subtalare Arthrodesis nicht gegeben sei. Auch sei davon auszugehen, dass eine operative Therapie des Fusses zu keiner Beschwerdeverbesserung der neurologischen Symptomatik im Bereich des Vorfusses führe. Ebenso bestehe aufgrund des unklaren Schmerzbildes keine Indikation zur Korrektur der Vorfussdeformitäten. Zusammenfassend sei daher die Optimierung der konservativen Therapie - insbesondere

jene einer erneuten orthopädischen Schuhanpassung - zu empfehlen.

3.10 Am 3. Juli 2007 (Urk. 13/64) hielten die Ärzte der Klinik A. \_\_\_ dafür, dass in Anbetracht des unklaren Schmerzbildes und der ausgeschöpften konservativen Therapiemaßnahmen wie Physiotherapie, Schmerztherapie sowie orthopädische Schuhe eine unabhängige Beurteilung bezüglich Arbeitsfähigkeit zu veranlassen sei. Eine weitergehende Behandlung an der Klinik A. \_\_\_ erscheine zur Zeit nicht möglich.

3.11 Dr. C. \_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 19. Juni 2007 (Bericht vom 9. Juli 2007, Urk. 13/65-66) und hielt in der Folge zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers fest, die von den Dres. E. \_\_\_, B. \_\_\_ und ihm selber erhobenen Befunde korrelierten sehr gut mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Im Vordergrund stehe jetzt die Entwicklung eines neuropathischen Schmerzsyndroms bei Verdacht auf eine Irritation des Nervus tibialis links (Urk. 13/66/2), wobei der Beschwerdeführer als beste Therapie das Hochlagern des Fußes am Abend bezeichnet habe (Urk. 13/66/2). An (auffälligen) Befunden erhob der Chirurg Knie- und Rückenschmerzen, ein Gehen mit eindrücklichem Schonhinken links, einen auffälligen Hallux im Vorfuss links, eine leichte Beinverkrüppelung links sowie eine eingesteifte Beweglichkeit des USG, wobei sich dessen Prüfung als sehr schmerzhaft erwiesen habe (Urk. 13/65/2). Dr. C. \_\_\_ erklärte, die klinischen Schlussfolgerungen des Kreisarztes Dr. B. \_\_\_ sowie dessen ausgearbeitetes Arbeitsprofil seien äußerst präzise (Urk. 13/66/3-4). Gleichwohl dürften nach seinem Dafürhalten die Perioden von Gehen und Stehen fünf Minuten und das Tragen von Lasten 10 kg nicht übersteigen. In einer solchermassen angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aufgrund der nicht beherrschbaren Ruheschmerzen im unruhigen Sitzen mit einem Pensum von knapp 50 % arbeitsfähig (Urk. 13/66/4).

3.12 Mit Stellungnahme vom 25. September 2007 (Urk. 13/72) führte Versicherungsmediziner Dr. D. \_\_\_, Chirurgie, aus, der von Dr. E. \_\_\_ geäußerte Verdacht einer Irritation des Nervus tibialis ändere nichts an der erfolgten Beurteilung. Eine wesentliche Verbesserung durch Lyrica und Amitriptylin sei jedenfalls nicht zu erwarten, der Fallabschluss damit korrekt. Außerdem wirke der Beschwerdeführer nicht schwer schmerzgeplagt, nehme er doch nur gelegentlich Dafalgan und habe ihn Dr. B. \_\_\_ als ausgeglichen bis fröhlich beschrieben. Rein medizinisch ergäben sich aus dem Privatgutachten von Dr. C. \_\_\_ keine Differenzen zur Begutachtung durch den Kreisarzt. Komme Dr. C. \_\_\_ zu einer abweichenden Beurteilung, so gründe dies alleine auf dem neuropathischen Schmerzsyndrom. Wie auch der Kreisarzt sehe er, Dr. D. \_\_\_, keine körperlichen (auch nicht neurologischen) Gründe, welche gegen eine ganztags ausgeübte, leichte wechselbelastende Tätigkeit sprächen. Die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit von 50 % durch Dr. C. \_\_\_ sei allzu wohlwollend und basiere vorwiegend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers.

3.13 Dr. E. \_\_\_ erklärte am 7. Januar 2008 in Beantwortung der Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 8/1), die klinische Untersuchung sowie die Elektroneurographie legten eine Schädigung des Nervus tibialis nahe, wobei sich die Formulierung "scheint" nicht auf das Vorliegen der Schädigung, sondern auf deren Lokalisation beziehe. Grundsätzlich impliziere aber eine rein sensible Schädigung per se noch keine schwere Schädigung, welche die Arbeitsfähigkeit reduzieren würde. Der Nachweis stütze aber die Diagnose des neuropathischen Schmerzsyndroms nach Nervenaffektion. Bezüglich Therapieoption notierte Dr. E. \_\_\_, dass die klassische

Kombination eines Antiepileptikums mit einem Antidepressivum kein Wundermittel sei, in aller Regel aber doch eine Schmerzreduktion herbeiführen könne. Schliesslich bleibe bei fehlender ausreichender Besserung die Erweiterung der Medikation, weshalb die Aussage, Therapieversuche seien wenig erfolgsversprechend, nicht haltbar sei. Der von Dr. C. \_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % könne er nur zustimmen, sei doch ein neuropathisches Schmerzsyndrom nicht alleine von der Belastung abhängig, sondern stelle ein Ruheproblem dar, welches so die Arbeitsfähigkeit insgesamt einschränke. Dies einerseits daher, weil der Nachtschlaf eingeschränkt sei, andererseits könne es auch bei sitzenden Tätigkeiten zu Schmerzexazerbationen kommen. Den Verlauf der Arbeitsfähigkeit könne er nicht beurteilen, sei es doch möglich, dass sich das neuropathische Schmerzsyndrom verstärken könne und damit die Arbeitsfähigkeit weiter reduziere, welche andererseits unter medikamentöser Therapie auch wieder steigen könne.

3.14 Mit neurologischer Beurteilung vom 21. Februar 2008 (Urk. 14/2) führte Versicherungsmediziner Dr. F. \_\_\_ aus, die Entwicklung eines neuropathischen Schmerzsyndroms sei möglich, ein Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 11. April 2006 sei jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. In den ersten Monaten - der Beschwerdeführer habe auch gegenüber Dr. E. \_\_\_ angegeben, erst seit August 2006 stechende und brennende Schmerzen zu verspüren - nach dem Unfall hätten nämlich weder eine Läsion noch eine Dysfunktion des Nervensystems vorgelegen. Im Übrigen liessen die von Dr. E. \_\_\_ erhobenen Befunde keinen sicheren Nachweis einer Schädigung des bedeutenderen Anteils des Nervus tibialis, des motorischen Anteils, zu. Es bestehe daher ausschliesslich der Verdacht einer Schädigung. Da der Beschwerdeführer seit dem Jahre 2006 an Diabetes mellitus leide, könnte eine periphere Nervenschädigung auch krankheitsbedingt sein (Urk. 14/2 S. 3). Auch die Untersuchung von Dr. C. \_\_\_ biete keine Erklärung dafür, weshalb es erst mehrere Monate nach dem Unfallereignis zu einem, diesmal von orthopädischer Seite für plausibel eingestuften, neuropathischen Schmerzsyndrom gekommen sein könnte. Dr. F. \_\_\_ hielt abschliessend fest, dass seiner Ansicht nach die Ausführungen des Neurologen Dr. E. \_\_\_ nichts an der schlüssigen Einschätzung von Dr. D. \_\_\_ zu ändern vermögten. Selbst unter der hypothetischen Annahmen, dass eine sensorische Schädigung im Bereich des Nervus tibialis links nachgewiesen wäre, läge keine wahrscheinliche Unfallkausalität vor (Urk. 14/2 S. 4).

3.15 Am 13. Oktober 2008 (Urk. 24) berichtete Dr. G. \_\_\_, es bestehe beim Beschwerdeführer ein Schmerzzustand im subtalaren Gelenk bei liegendem Platten- und Schrauben-Osteosynthesematerial mit einer in den subtalaren Gelenkspalt hineinreichenden Schraubenspitze (CT vom 2. Oktober 2008). Im Weiteren diagnostizierte die Chirurgin eine ausgesprochene, krankheitsbedingte, Metatarsalgie links bei insuffizientem 1. Strahl bei Hallux valgus von 45 Grad mit Hyperkeratose unter dem Metatarsale-I-Köpfchen, bei Krallenzehendeformität II bis III, mit starker Verkürzung der langen Extensorsehne bei Digitus superductus V links. Sie notierte, der Beschwerdeführer habe angegeben, ohne Stock nur wenige Schritten laufen zu können. Nachts seien die Beschwerden geringer, während die Belastungen tagsüber das Hauptproblem darstellten. Im Vorfuss habe er Schmerzen in Form von Brennen sowie Druckbeschwerden angegeben. Dr. G. \_\_\_ erhob beim Laufen links ein unschönes Abrollen und extreme Hyperkeratosen unter dem Metatarsale-I und -V-Köpfchen, währenddem die Ferse auch links eine normale Beschwellung gezeigt habe. Eindeutige Schonzeichen hätten keine erhoben werden

können. Über der Narbe bestehe eine Druckdolenz, im Mittelfuss habe der Beschwerdeführer keine Schmerzen angegeben. Im Vorfuss seien drastische Schmerzen unter dem Metatarsale I, II, IV und V festzustellen gewesen. Anzeichen für ein relevantes Morton Neurom fehlten; hingegen hätten sich viele Anhaltspunkte für eine vermehrte Fehl- und Überbelastung im Vorfussbereich ergeben. Dr. G. hielt dafür, dass die Rückfußproblematik unfallbedingt, jene des Vorfusses krankheitsbedingt sei. Auf einem am 2. Oktober 2008 in der Klinik Hirslanden angefertigten Computertomogramm des linken Rückfusses sei ein Status nach Calcaneus-Fraktur mit multiplen Schrauben- und Plattenosteosynthese ersichtlich. Die Gelenksfläche ossär zeige keine grössere Stufe, lediglich etwas Inkongruenz. Es sei jedoch eine Schraubenspitze nachzuweisen, die im medialen Anteil in den Gelenkspalt hineinreiche. Die Fraktur sei verheilt. Wegen der nachgewiesenen Schraube im Rückfuss müsse eine Platten- und Osteosynthesematerialentfernung stattfinden. Die Inkongruenz sei jedoch noch zu gering, so dass primär nicht an eine subtalare Arthrodeese zu denken sei. Die Schmerzen im Vorfuss seien wahrscheinlich durch eine wechselhafte Situation der Statik nach Fraktur wegen zunehmender Belastung ebenfalls zunehmend, aber eigentlich plausibel. Mit den Schuhen sei der Beschwerdeführer gut versorgt. Es sei möglich, dass zu einem späteren Zeitpunkt eine Hallux valgus-Korrektur zu erfolgen habe, um den 1. Strahl wieder in eine suffiziente Situation zu bringen. Ebenso müsste möglicherweise eine Strecksehnenverlängerung II bis IV durchgeführt werden. Dr. G. hielt dafür, dass die Frage der Arbeitsfähigkeit erst nach der Entfernung der fehlplatzierten Schraube geregelt werden könne.

#### E. 4

4.1 Aus den ärztlichen Berichten erhellt und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Gipser unfallbedingt nicht mehr ausüben kann. Strittig ist indes, wie weit dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar ist.

4.2 Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Festsetzung des Rentenanspruchs und damit auch der Integritätsentschädigung zu Recht vorgenommen hat. Der Fallabschluss und damit verbunden die Prüfung eines Rentenanspruchs hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist, was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt - bestimmt (BGE 134 V 109 Erw. 4). Dass eine namhafte Besserung durch weitere konservative Therapiemassnahmen wie Physiotherapie, Schmerztherapie oder orthopädische Schuhe nicht mehr zu erwarten gewesen war, ergibt sich klar aus dem Bericht der Klinik A. vom 3. Juli 2007, in welchem die genannten Therapien als ausgeschöpft bezeichnet wurden (Erw. 3.10). Auch der Kreisarzt Dr. B. hatte die Behandlungsoptionen als erschöpft bezeichnet (Erw. 3.6). Die von ihm zur Probe vorgeschlagene Infiltration blieb denn auch ohne wesentliche Beschwerdeverbesserung (vgl. Erw. 3.9). Schliesslich bestätigte die Klinik A., dass die Indikation für eine Arthrodeese nicht gegeben sei (Erw. 3.9). Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Erw. 1.3) spricht eine mögliche Schmerzreduktion durch eine andersartige medikamentöse Therapie ebenfalls nicht gegen einen Fallabschluss. Weder die blosse Möglichkeit eines positiven Resultats einer weiteren ärztlichen Behandlung, noch ein zu erwartender nur unbedeutender therapeutischer

Fortschritt gibt Anspruch auf deren Durchführung (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen J. vom 20. Mai 2005, U 244/04, E.2). Dass die von Dr. E.\_\_\_\_ vorgeschlagene Medikation eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers versprochen hätte, ergibt sich gerade nicht aus dessen Bericht, in dem er die zu wählende Medikamentenkombination nicht als Wundermittel bezeichnete, sondern ausführte, die Therapie könne in aller Regel zu einer Schmerzreduktion führen (Erw. 3.13). Schliesslich ist nicht einsichtig, weshalb Eingliederungsbemühungen der Invalidenversicherung abzuwarten wären (Erw. 1.3), führen solche doch grundsätzlich zu einer verbesserten Erwerbsfähigkeit und damit zu einem geringeren Invaliditätsgrad.

Da sich - weil, wie noch zu zeigen sein wird, auf die vorliegenden Arztberichte abzustellen ist - weitere medizinische Abklärungen zur Frage der Restarbeitsfähigkeit erbringen, ist der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden.

Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass auch die Entfernung der Schraube (vgl. Urk. 24) an diesem Ergebnis nichts zu verändern vermag, ist doch die Beseitigung des Osteosynthesematerials als Nachbehandlung zu betrachten, wofür die Beschwerdegegnerin sowieso leistungspflichtig ist.

Wenngleich die zutreffenden Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_, unmittelbar nach dem Unfall seien weder eine Nervenschädigung noch eine Dysfunktion des Nervensystems am linken Fuss dokumentiert, und der Beschwerdeführer habe auch gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ angegeben, erst seit August 2006 an brennenden und stechenden Schmerzen zu leiden (Erw. 3.14), gegen die Unfallkausalität der von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierten Entwicklung eines neuropathischen Schmerzsyndroms (Erw. 3.8) sprechen, kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang desselben zum Unfallereignis vom 11. April 2006 offen bleiben, änderte - wie nachfolgend aufgezeigt - deren Beantwortung doch nichts an der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Dafür, dass von der durch Dr. B.\_\_\_\_ erstellten Zumutbarkeitsbeurteilung abzuweichen wäre, bestehen entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Erw. 1.3) keine hinreichenden Gründe. Der Bericht des Kreisarztes ist umfassend, beruht auf eigener Untersuchung, wurde in Kenntnis der Vorakten sowie der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden erstellt und ist nachvollziehbar begründet (Erw. 2.3). Die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde auch von den Ärzten der Klinik A.\_\_\_\_ als korrekt erachtet (Erw. 3.7). Daran vermag weder die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ noch jene von Dr. E.\_\_\_\_ etwas zu ändern. Dr. C.\_\_\_\_ hatte die klinischen Schlussfolgerungen von Dr. B.\_\_\_\_ und das von ihm erstellte Arbeitsprofil sogar ausdrücklich als äusserst präzise bezeichnet (Erw. 3.11). Dass Dr. C.\_\_\_\_ gleichwohl das Zumutbarkeitsprofil insoweit abänderte, als er Gehen und Stehen während nur mehr noch fünf Minuten und das Tragen von Gewichten von nur bis zu 10 kg als zumutbar erachtete, sowie ein mögliches Pensum mit der Begründung des beim untätigen Sitzen nicht beherrschbaren Ruheschmerzes auf 50 % beschränkte (Erw. 3.11), scheint, wie Dr. D.\_\_\_\_ zu Recht ausführte (Erw. 3.12), vorwiegend auf den subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers zu gründen. Nicht nur dem Kreisarzt (Erw. 3.6), sondern auch den Ärzten der Klinik A.\_\_\_\_ (Erw. 3.3) war bekannt, dass der Beschwerdeführer nicht nur an Belastungsschmerzen leidet, sondern im Fuss auch ein

Brennen beim Sitzen verspürt, und floss damit in deren Beurteilung ein. Weshalb Dr. C.\_\_\_\_, dessen Bericht medizinisch grundsätzlich keine Differenzen zur Begutachtung von Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ lieferte (vgl. Erw. 3.12), bloss von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausging, ist vor diesem Hintergrund nicht einsichtig. Dies umso weniger, als Dr. E.\_\_\_\_ ausdrücklich erklärte, eine rein sensible Schädigung des Nervus tibialis alleine impliziere noch keine Arbeitsunfähigkeit (Erw. 3.13), und Dr. B.\_\_\_\_ in Kenntnis der Akten und Beschwerden dafür gehalten hatte, der Beschwerdeführer mobilisiere sein Potenzial nicht voll, weshalb seine subjektive Einschätzung tiefer ausfalle als ärztlich attestiert (Erw. 3.6). Endlich erscheint mit Blick auf die Tatsache, dass Dr. G.\_\_\_\_ an der linken Ferse eine normale Beschwellung sowie keine eindeutigen Schonzeichen feststellte und notierte, die Belastungen tagsüber seien das Hauptproblem, während die Beschwerden nachts geringer seien (Erw. 3.15), eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Begründung eines unbeherrschbaren Ruheschmerzes als nicht gerechtfertigt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ergibt sich, dass den Einwänden des Beschwerdeführers nicht zu folgen, sondern auf das von Dr. B.\_\_\_\_ erstellte (Erw. 3.6) und von Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte (Erw. 3.12) Zumutbarkeitsprofil abzustellen ist. Weiterführende medizinische Abklärungen zur Frage der Restarbeitsfähigkeit erübrigen sich damit.

4.5 Ä Ä Ä Ä Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

4.5.1 Ä Ä Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person als Gesunde tatsächlich erzielen würde (ZAK 1992 S. 92 Erw. 4a, 1961 S. 367). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Massgebend ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verdient hätte. Dabei ist in der Regel vom zuletzt - das heisst grundsätzlich vor dem Beginn der ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit erzielten - Verdienst auszugehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 21. Dezember 2001, I 183/01, Erw. 4a, mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin ermittelte ein Valideneinkommen von Fr. 78'322.60 für das Jahr 2007 (Urk. 13/55 in Verbindung mit Urk. 13/49/1 und 13/43/2), was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet wurde (Urk. 18 S. 5).



Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Bestimmung des Integritätsschadens auf den Bericht des Kreisarztes Dr. B. \_\_\_\_, welcher auf Tabelle 5 betrage die Einbusse bei einer mässigen Arthrose des unteren Sprunggelenkes 5 bis 15 %. Da einerseits gewisse Unregelmässigkeiten vorhanden seien, andererseits aber eine ordentliche Beweglichkeit und Belastbarkeit geblieben sei, jedoch kein Reizzustand bestehe, sei der Integritätsschaden bei insgesamt 10 % festzulegen (Urk. 13/35/1). Die Einschätzung des Kreisarztes ist mit Blick auf Anhang 3 der UVV und die SUVA-Tabelle 5, welche bei einer mässigen USG-Arthrose eine Integritätsentschädigung von 5 bis 15 % vorsieht, und der SUVA-Tabelle 6, mit einer Angabe von 5 bis 10 % für eine schwere Instabilität des USG, nachvollziehbar. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ergibt sich aus der Tabelle 6 für Gelenkinstabilitäten nicht der höhere Wert von 20 %.

Damit hat es bei einer Integritätsentschädigung von 10 % sein Bewenden.

Zusammengefasst erweist sich der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 9. Oktober 2007 in allen Teilen als rechtens, weshalb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Frank Goecke

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt unter Beilage des Doppels von Urk. 23 sowie einer Kopie von Urk. 24

- Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.