

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00267 vom 20. Oktober 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00267

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00267 du 20 octobre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00267 del 20 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid ist in Bezug auf die Integritätsentschädigung nicht angefochten worden und somit in Rechtskraft erwachsen.

Die für die zu verbleibende Beurteilung des Anspruches auf eine Rente der Unfallversicherung nach Gesetz und Rechtsprechung massgebenden Grundlagen sind im angefochtenen Einspracheentscheid richtig dargestellt worden. Darauf kann verwiesen werden (Urk. 2).

Die SUVA hat ihre Leistungseinstellung ab 1. November 2007 damit begründet, dass als Folge des Unfallereignisses höchstens eine massige calcaneocuboidale Arthrose verbleibe und es keine Möglichkeit mehr gebe, den Zustand nennenswert zu verbessern (Urk. 2). Damit hat die Beschwerdegegnerin die Voraussetzung für den von ihr verlangten Abschluss der Ausrichtung von Taggeldern und Heilkosten bejaht. Einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad stellte sie in Abrede.

Die Beschwerdeführerin lässt nicht bestreiten, dass der Zeitpunkt für diese Leistungseinstellung per 31. Oktober 2007 gegeben war, macht aber geltend, auch die Beschwerden an ihrem rechten Knie gingen auf den Unfall zurück. Sie seien somit bei der Invaliditätsbemessung ebenfalls zu berücksichtigen. Die gesamte gesundheitliche Einschränkung führe zu einer mindestens 50%igen Invalidität und einem entsprechenden Rentenanspruch (Urk. 1 S. 3 f.).

3.1

Vorab sind gestützt auf die bisherigen medizinischen Abklärungen die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bis zum massgeblichen Zeitpunkt des Einspracheentscheides und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Verlauf dieses Zeitraumes zu beurteilen.

Dr. med. B. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, welcher die Versicherte ab 7. Juni 2005 behandelte (Urk. 13/4 und 13/9), führte am 19. Juli 2005 eine Revision des Sinus tarsi und des Subtalargelenks rechts durch. Zudem entfernte er ein ossäres Fragment (Operationsbericht, Urk. 13/8; Bericht vom 2. November 2005, Urk. 13/14). Nach dem Eingriff rapportierte er der SUVA am 7. September 2005 einen "soweit" problemlosen Verlauf und eine "Spur Schonhinken rechts". Er orientierte darüber, dass die Beschwerdeführerin die Aircast-Schiene jetzt weglassen sowie die Belastung aufbauen werde. Er habe sie für die Physiotherapie angemeldet (Urk. 13/11). Mit Bericht vom 2. November 2005 stellte Dr. B. ____, wiederum ein Schonhinken rechts und ein fehlendes Abrollen des rechten Fusses fest und befand, Zehen- und Fersenstand rechts seien

knapp ausföhrbar. Das OSG bezeichnete er als stabil. Er wies jedoch auf einen von der Beschwerdeföhrerin angegebenen Stressschmerz sowie eine leichte Druckdolenz öber dem Calcaneus anterolateral hin. Im Vergleich zu präoperativ gebe die Beschwerdeföhrerin doch eine gewisse Besserung der Beschwerden an, wenn auch der Verlauf zweifelsohne protrahiert sei. Er empfahl, die Physiotherapie weiterzuföhren und vermerkte, eine anhaltende Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Fusses sei nicht auszuschliessen, weshalb wohl rechtzeitig beurteilt werden müsse, ob nicht eine Arbeitsplatzanpassung in die Wege geleitet werden sollte. Dr. B.____ empfahl ferner eine kreisärztliche Untersuchung (Urk. 13/14).

3.2. Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie und Kreisarzt-Stellvertreter, untersuchte am 25. November 2005 die Beschwerdeföhrerin. Am gleichen Tag berichtete er von einer protrahierten Rehabilitationsphase. Die Beweglichkeit des unteren Sprunggelenkes (USG) rechts betreffend Inversion/Supination sei hochgradig eingeschränkt und schmerzhaft. Hingegen sei die Eversion frei. Das OSG erscheine als bandstabil. Es beständen jedoch ein Schmerz öber dem Sinus tarsi bei Supinationsstress sowie lokale Druckschmerzen öber dem Processus anterior tali, ohne Rötung oder öberwärmung. Dr. C.____ nahm für eine sitzende Arbeit mit höchstens kurzen Gehphasen eine 75%ige Arbeitsfähigkeit an, bezöglich einer stehend-gehenden Tätigkeit bestehe jedoch weiterhin keine Arbeitsfähigkeit. Er empfahl die erneute Durchführung einer - auf den Calcaneus fokussierten - CT (Urk. 13/15). Das in der Folge wiederum vom medizinisch-diagnostischen Institut an der Privatklinik A.____ vorgenommene CT des öckfusses rechts vom 13. Dezember 2005 ergab gemäss dem gleichentags verfassten Arztbericht verglichen mit der vor der Operation erfolgten Untersuchung vom 15. Juni 2005 (Urk. 13/7), dass sich der Frakturspalt im Bereich des Processus anterior calcanei praktisch nicht mehr abgrenzen lasse. Die Fraktur scheine weitgehend ossär durchbaut zu sein und eine Dislokation liege nicht vor (Urk. 13/17 und 13/19). Dr. B.____ berichtete am 19. Dezember 2005 Dr. med. D.____, Fachärztin für physikalische Medizin, dementsprechend und hielt fest, die noch bestehende Einschränkung im Bereich des öckfusses und die Beschwerden dürften somit weichteilbedingt sein. Die Physiotherapie werde weitergeföhrt, und bei entsprechend angepasster leichter, vorwiegend sitzender Tätigkeit, wäre eine ganztägige Arbeit möglich, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 13/18). Am 31. Januar 2006 teilte Dr. B.____ der Beschwerdegegnerin mit, dass die Beschwerdeföhrerin jetzt wieder besser gehen könne, mit Nordic-Walking (rund 40 Minuten) begonnen habe und die Physiotherapie noch nicht abgeschlossen sei, sondern bis Ende Februar weitergeföhrt werde. Bei Belastung verspüre sie noch ein gewisses Wärmegefühl im Bereich des öckfusses rechts, und sie benötige gelegentlich Ponstan. Nach Abschluss der Physiotherapie dürfte wohl der Endzustand erreicht sein. Er, Dr. B.____, habe noch Brufen verschrieben und sei mit der Versicherten so verblieben, dass sie sich bei Bedarf wieder melden würde (Urk. 13/21).

3.3. Dr. B.____ öberwies die Beschwerdeföhrerin am 14. März 2006 an die Universitätsklinik E.____ (im Folgenden: E.____), Fussprechstunde (Urk. 13/29), nachdem die SUVA erstmals die Einstellung der Leistungen (per 1. März 2006) in Aussicht gestellt hatte. Die Untersuchungsergebnisse des E.____ wollte die Beschwerdegegnerin vorerst, also vor dem Erlass des Einspracheentscheides, abwarten (Urk. 13/31). Am 14. Juni 2006 berichtete das E.____ gestützt auf seine Abklärungen, die Versicherte leide an einer

Calcaneocuboidal-Arthrose rechts, posttraumatisch, der Processus anterior tali sei mit einer Stufe angeheilt, bei Nachtschmerzen bestehe der Verdacht auf ein persistierendes Knochenmarködem im Cuboid sowie Calcaneus, und der objektive Befund ergebe auch Hinweise auf ein mögliches Ganglion im Bereich des Sinus tarsi. In der Folge verordnete das E.____ eine Kortisoninfiltration mit Lokalanästhetika und leitete eine Magnetresonanztomographie (MRI) in die Wege. Damit sollte abgeklärt werden, ob ein Knochenmarködem vorliege und die Weichteilsituation beurteilt werden. Ferner ordnete das E.____ zur Standortbestimmung eine Röntgenuntersuchung des Fusses an und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zur nächsten Kontrolle. Ferner schrieb das E.____ in seinem Bericht, die Schmerzen über dem Trochanter major und dem Tuberculum gerdy sprächen für eine Insertions-Tendinitis. Zur genaueren Feststellung sei der Verlauf nach der Infiltration calcaneocuboidal abzuwarten (Urk. 13/36).

Am 30. August 2006 berichtete das E.____ im Zusammenhang mit der Infiltration am OSG rechts, die Beschwerden seien am ehesten mit einer posttraumatischen OSG- respektive Calcaneocuboidal-Arthrose zu vereinbaren mit konsekutiver Überbelastung der Peronealsehnen im Sinne einer Tendinitis Peroneus-brevis-Sehne rechts. Die OSG-Infiltration habe eine etwa 50%ige Beschwerdeverbesserung gebracht. Zur weiteren Diagnostik werde noch eine calcaneocuboidale Infiltration durchzuführen sein sowie parallel dazu Physiotherapie zur Analgesie, Entzündungshemmung sowie Dehnung der ischiocruralen Muskulatur. Ausserdem stehe die Kräftigung der Peronealsehnen und die Schuhversorgung mit Pufferabsatz, rückversetzter Abrollhilfe und Einlagen nach Mass zur Diskussion. Bis zur nächsten klinischen Kontrolle und Besprechung der Infiltrationsbefunde in drei Monaten und zur Überprüfung der Schuhversorgung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 13/43). Gestützt auf diese medizinischen Beurteilungen nahm die SUVA am 6. September 2006 im Rahmen des laufenden Einspracheverfahrens ihre vorläufig eingestellten Leistungen (Taggelder und Heilkosten) von sich aus rückwirkend ab 1. März 2006 wieder auf (Urk. 13/44; oben, Sachverhalt Ziff. 1).

3.4 Das E.____ teilte dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin am 28. November 2006 hinsichtlich des Verlaufs nach der durchgeführten Infiltration im USG mit, es habe sich unmittelbar danach und im Verlauf keine Schmerzreduktion ergeben. Die Versicherte klage nach wie vor über belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des lateralen Rückfusses mit Ausstrahlung bis hin zum lateralen Knie. Sie nehme nach wie vor regelmässig Schmerzmittel ein und arbeite als Lageristin in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zu 50 %. Sie habe auf das Lokalanästhetikum nicht angesprochen, weil das USG über die posteriore Facette infiltriert worden sei. Das E.____ veranlasste infolgedessen eine neuerliche diagnostische und therapeutische Infiltration des USG, aber nunmehr im Bereich der anterioren Facette; falls die Beschwerdeführerin darauf positiv ansprechen würde, sei eine Revision des Sinus tarsi beziehungsweise des Processus anterior calcanei entweder mit Refixation des pseudoarthrotischen Fragmentes oder einer Resektion zu diskutieren. Bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle und zum Festlegen des Procederes zwei Monate nach stattgehabter Infiltration am 15. Januar 2007 sei die Versicherte weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 13/52).

Das E.____ musste am 31. Januar 2007 erneut über eine ausgebliebene Besserung und ein unverändertes Beschwerdebild nach der diagnostischen und therapeutischen Infiltration berichten. Aufgrund der Schonung beziehungsweise der

Fehlbelastung der rechten unteren Extremität komme es zunehmend auch zu Beschwerden im Bereich des Knies und der Hüfte. Nachdem die Infiltration im Bereich des USG zu keiner Beschwerdebesserung geführt habe, werde noch eine weitere Abklärung der Beschwerden mit einer CT durchgeführt. Es sei von einer Pseudarthrose im Bereich des Processus anterior calcanei auszugehen; bis zur nächsten Kontrolle nach erfolgter CT sei die Versicherte weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 13/54). Schliesslich fasste das E.____ die aktuelle medizinische Situation - nach erneuter Untersuchung - mit Bericht vom 14. Februar 2007 zusammen: Die Versicherte gebe Schmerzen sowohl medialseits wie auch lateralseits an, lateralseits vor allem im Sinus tarsi. Eine Pseudarthrose des Processus anterior calcanei habe heute nunmehr mittels CT-Untersuchung ausgeschlossen werden können. Die Druckdolenz medialseits sei zudem nicht über dem Os tibiale externum vorzufinden und auch nicht im Verlauf der Tibialis-posterior-Sehne. Das E.____ zog den Schluss, damit fehle klar das morphologische Korrelat, welches die Klinik der Patientin besser beschreiben könnte. Demzufolge werde auch kein operatives Vorgehen im Sinne einer Resektion des Processus anterior calcanei vorgeschlagen, sondern aus Sicht des E.____ müsse die arbeitswillige Versicherte entsprechend im Berufsalltag neu eingegliedert werden. Am besten geschehe dies mit einer Arbeit mit Abwechslung zwischen sitzenden und stehenden Tätigkeiten. Es sei zudem bei anhaltender Symptomatik zu eruieren, ob eine 50%ige Tätigkeit in Frage kommen würde (Urk. 13/57).

3.5. Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, konstatierte bei seiner Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 28. März 2007 einen nach wie vor bestehenden, leichten, erträglichen Ruheschmerz, der sich bei Belastung intensiviere. Spaziergänge im Rahmen von einer halben Stunde seien möglich. Anschliessend müsse die Versicherte Pausen einlegen. Sie weise einen flüssigen, hinkfreien Barfussgang auf. Inspektorisch bestehe eine geringe Schwellung im Bereich des Malleolus lateralis. Dystrophiezeichen beständen keine. Die Druckdolenzen seien durch die pathologischen Veränderungen erklärt. Die aktive OSG-Funktion sei betreffend die Extension um circa 50 % eingeschränkt, und ebenso sei die Inversion im unteren Sprunggelenk im Vergleich zu links erheblich eingeschränkt. Die Versicherte habe auf eigene Initiative eine Stelle bei der Firma G.____ zu einem Pensum von etwa 50 % gefunden; gemäss ihren Angaben handle es sich um eine wechselhaft sitzende/stehende bzw. gehende Tätigkeit. Der Kreisarzt empfahl den administrativen Fallabschluss und ergänzte, bevor er jedoch zur Zumutbarkeit und Integritätsentscheidung Stellung nehme, werde er noch die aktuellsten Röntgenbilder sowie den Bericht der Kniesprechstunde abwarten (Urk. 13/59).

Am 20. März 2007 war die Versicherte auch in der Kniesprechstunde des E.____ noch einmal untersucht worden. Dessen Bericht vom 22. März 2007 hielt anamnestisch fest, bei der Beschwerdeführerin seien seit sechs Monaten schleichend mediale Knieschmerzen aufgetreten, die von messerstichartigem Charakter seien und während des Tagesverlaufs sehr häufig rezidierten. Nach der klinischen und bildgebenden Untersuchung sei der Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion im rechten Knie geäussert worden sei. Die nächtlichen Schmerzen und die Ruheschmerzen passten aber nicht in dieses Bild. Deshalb veranlasste es zur weiteren Evaluation ein MRI des rechten Knies, ohne vorerst die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (Urk. 13/61). Nachdem dieses MRI am 3. Mai 2007 durchgeführt worden war, untersuchte das E.____ die

Beschwerdeführerin erneut ambulant und berichtete am 14. Mai 2007, die Ursache der Beschwerdesymptomatik sei am ehesten auf die im MRI nachgewiesene degenerative posteromediale Meniskusläsion zurückzuführen. Demgegenüber beständen noch Beschwerden im gesamten rechten Bein, die dadurch nicht erklärt seien. Aufgrund diffuser Beschwerden und einer zusätzlichen degenerativen Hinterhorn-Meniskusläsion sei zunächst mit einer therapeutischen Infiltration des rechten Knies voranzugehen. Dann - bei Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik - sei eine Knie-Arthroskopie mit Teilmeniskusentfernung im Verlauf vorzunehmen. Die Arbeitsunfähigkeit als Lagermitarbeiterin betrage weiterhin 50 % (Urk. 13/63).

3.6 Am 25. Juni 2007 verfasste Kreisarzt Dr. F. ___ einen Nachtrag zu seinem Bericht vom 28. März 2007 (Urk. 13/66). Er führte darin im Sinne einer abschliessenden Beurteilung bezüglich der Kniebeschwerden aus, aufgrund der zeitlichen Latenz der behandlungsbedingten Beschwerden und des schleichenden Beginnes sowie der vom E. ___ erhobten Diagnose einer degenerativen posteromedialen Meniskusläsion am rechten Kniegelenk sei der kausale Zusammenhang zum Unfallereignis vom 11. März 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben.

Als verbliebene Unfallfolgen nannte er die Arthrose im Calcaneocuboidalgelenk mit Stufenbildung sowie ein kleines Ossikel im Bereich des Processus anterior calcanei. Dabei handle es sich höchstens um eine mässige calcaneocuboidale Arthrose. Eine Schmerzreduktion habe allerdings mit Infiltrationen nicht erreicht werden können, wie dem Bericht vom 28. November 2006 zu entnehmen sei. Da es keine Möglichkeit mehr gebe, den Zustand nennenswert zu verbessern, sei der Fall mit dem Hinweis auf das Rückfallmelderecht abzuschliessen. Der Beschwerdeführerin sei eine wechselhaft sitzende/stehende beziehungsweise gehende Tätigkeit den ganzen Tag zumutbar. Dabei dürfe die Dauer der stehenden respektive gehenden Position die Hälfte der Arbeitszeit nicht überschreiten und sollte falls möglich auf den ganzen Tag verteilt sein. Das Gewicht von zu hebenden Lasten sei auf 15 bis 20 kg limitiert. Länger dauernde Tätigkeiten in der hockenden Position seien ungeeignet (Urk. 13/66).

3.7 Das E. ___ vermerkte nach einer klinischen Verlaufskontrolle nach Infiltration des Knies rechts am 11. Mai 2007 ein befriedigendes Resultat. Es diagnostizierte hinsichtlich der Knieproblematik der Beschwerdeführerin erneut eine degenerative posteromediale Meniskusläsion am Knie rechts sowie unklare Beinschmerzen rechts. Als Differenzialdiagnose nannte es eine Lumboischialgie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung (Bericht vom 12. Juli 2007; Urk. 13/70).

Am 18. Juli 2008, also nur kurze Zeit nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 26. Juni 2008, berichtete das E. ___ über eine weitere Konsultation der Beschwerdeführerin in der Fussprechstunde. Es fand eine klinische Untersuchung statt, und der rechte Fuss wurde am 17. Juli 2008 geröntgt. Das E. ___ gelangte zum Schluss, zwar könne hinsichtlich der Versicherten nicht ein klares, eindeutiges strukturelles Korrelat für die nach wie vor geklagten Beschwerden gefunden werden. Doch die Angaben der Beschwerdeführerin seien durchaus glaubhaft. Wie bereits bei der letztmaligen CT-Untersuchung festgestellt worden sei, zeige sich ein prominentes Os peroneale sowie Tuber peroneale rechts. Daneben bestehe zwar eine radiologisch schwach oder nur mässig ausgeprägte calcaneocuboidale Arthrose. Diese gehe aber mit starken Symptomen einher. Die radiologischen Befunde seien nie mit den

subjektiv empfundenen Beschwerden korrelierbar gewesen. Deshalb müsste davon ausgegangen werden, dass diese calcaneobuoidale Arthrose die Versicherte in ihrem Alltagsleben stark beeinträchtigt. Eine operative Intervention würde lediglich einen Teil der Beschwerden nehmen, jedoch nicht alle Beschwerden der Patientin im Rückfuß lösen. Darum werde von einem solchen Eingriff abgesehen. Der Leidensdruck sei jedoch so hoch, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sicher nicht mehr als realistisch einzuschätzen sei. Das E. ___ attestierte nach wie vor eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und hielt fest, dieses Pensum habe die Versicherte bisher wahrgenommen, könne nach ihren Angaben ohne grössere Probleme ausgeführt werden und sei aus Sicht der Klinik beizubehalten (Urk. 13/90).

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin sind die medizinischen Beurteilungen von Dr. C. ___ und Dr. F. ___ durchaus beachtlich. Denn rechtsprechungsgemäss kommt auch Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 die befragte Arztperson 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 allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. E. 5b/ee). Solche besonderen Umstände liegen hier nicht vor und werden auch nicht geltend gemacht.

1.1.1.1.1.1 Nachdem Dr. B. ___ die Beschwerdeführerin am 14. März 2006 an das E. ___ überwiesen hatte, übernahm im übrigen dieses deren medizinische Begleitung und es berichtete gleichzeitig regelmässig über Untersuchungen sowie angeordnete und durchgeführte Massnahmen wie auch deren Ergebnisse. Die Beschwerdegegnerin hielt sich an die Erkenntnisse des E. ___ und kam auch aufgrund von deren Beurteilung auf das ursprüngliche Vorhaben, die Leistungen bereits per Ende Februar 2006 einzustellen, wieder zurück.

1.1.1.1.1.1 Das E. ___ ist betreffend die umstrittene Problematik augenscheinlich eine kompetente Fachklinik, deren Ausführungen grundsätzlich entsprechendes Gewicht zukommt. Aber auch Kreisarztstellvertreter Dr. C. ___ sowie Kreisarzt Dr. F. ___ als Fachärzte für Chirurgie verfügen über die notwendigen Fachkenntnisse, um den Gesundheitszustand der Versicherten und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Beide haben sodann die Beschwerdeführerin persönlich untersucht (Urk. 13/15 und 13/59), Dr. C. ___ am 25. November 2005 und Dr. F. ___ am 28. März 2007. Dieser gab zudem am 25. Juni 2007 nochmals eine Beurteilung ab (Urk. 13/66), welche sich wiederum auf damals aktuelle Untersuchungen des E. ___ abstützte. Dieses hat die Fussproblematik am 17. Juli 2008 letztmals beurteilt (Urk. 13/90). Es besteht kein Anlass, grundsätzlich nicht auf diese medizinischen Unterlagen abzustellen.

4.2.1.1.1.1 Erstellt und unbestritten ist, dass die Fussbeschwerden rechts natürlich kausal auf den Unfall vom 11. März 2005 zurückzuführen sind. Streitig ist auf Grund

der Beschwerdeschrift zunächst, ob auch die rechtsseitigen Kniebeschwerden überwiegend wahrscheinlich zumindest im Sinne einer Teilursache (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 f. mit Hinweisen) auf den Unfall zurückzuführen sind. Dr. F. ___ kam in seinem Bericht vom 28. März 2007 (Urk. 13/59) zum Schluss, aufgrund der zeitlichen Latenz der behandlungsbedingten Beschwerden und des schleichenden Beginnes sowie der vom E. ___ erhobten Diagnose einer degenerativen posteromedialen Meniskusläsion am rechten Kniegelenk sei der kausale Zusammenhang zum Unfallereignis vom 11. März 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Auch einen indirekten Zusammenhang verneinte er.

Bei der Frage, ob eine direkte Folge des Unfalles gegeben ist, fällt in der Tat die zeitliche Latenz zwischen dem Unfallereignis vom 11. März 2005 und dem erstmaligen Auftreten von Kniebeschwerden ins Gewicht: Die Beschwerdeführerin erwähnte erstmals in der Fussprechstunde im E. ___ am 18. Januar 2007 Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes und der rechten Hüfte, und zwar "seit mehreren Wochen". Das E. ___ stellte daraufhin fest, es komme zunehmend auch zu Beschwerden im Bereich des Knies und der Hüfte (Urk. 13/54). Anlässlich der ambulanten Untersuchung in der Kniesprechstunde im E. ___ am 20. März 2007 gab die Versicherte präzisierend an, es seien seit sechs Monaten schleichend mediale Knieschmerzen aufgetreten, die von messerstichartigem Charakter seien und während des Tagesverlaufs sehr häufig rezidierten. Damit ist davon auszugehen, dass die Kniebeschwerden erst eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis vom 11. März 2005 aufgetreten sind. Die von der Beschwerdegegnerin daraus gezogene Schlussfolgerung, dass die degenerativen Kniebeschwerden somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 Erw. 5b) unfallbedingt sein können, überzeugt somit, soweit es um direkte Unfallfolgen geht.

Nicht eindeutig geklärt ist hingegen, ob indirekte Folgen aus Fehlbelastung wegen der unfallbedingten Verletzung des rechten Fusses bestehen. In der Duplik brachte die Beschwerdegegnerin als Argument dagegen unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichtes in Sachen V. vom 5. Januar 2009, 8C_684/2008, Erw. 5.2, vor, ohne aktuelle bildgebende Untersuchung vom rechten Knie könne die natürliche indirekte Unfallkausalität der entsprechenden Beschwerden nicht rechtsgenügend beurteilt werden (Urk. 23 S. 2). Die Äusserungen des Bundesgerichtes gehen jedoch nicht dahin, dass die Unfallkausalität immer dann zu verneinen sei, wenn keine aktuellen, echtzeitlichen Bilder vorhanden sind. Es liegt denn auch in der Natur der Sache, dass fehlbelastungsbedingte indirekte Folgen eines Unfalles nicht echtzeitlich dokumentiert sein können. Dass die Arztberichte von degenerativen Veränderungen ausgehen, ist zudem insofern nicht entscheidend, als es kausalrechtlich genügt, wenn der Unfall und die unbestrittenermassen darauf zurückzuführenden belastungsabhängigen Schmerzen im Fussgelenk rechts eine Teilursache der Kniebeschwerden darstellen (BGE 121 V 329 Erw. 2a mit Hinweisen). Das E. ___ hatte immerhin bereits am 28. November 2006 festgestellt, die Versicherte klage nach wie vor über belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des lateralen Rückfusses mit Ausstrahlung bis hin zum lateralen Knie (Urk. 13/52). In der Folge haben sich jedoch die medizinischen Fachpersonen des E. ___ nicht mehr ausdrücklich zur Frage geussert, ob die Knieprobleme indirekt - zumindest teilweise - auf den Unfall zurückgeführt werden könnten. Es sind deshalb zu dieser Frage noch entsprechende zusätzliche Abklärungen zu tätigen.

4.3.3.3 In Bezug auf die Fussbeschwerden ging das E.____ von einem Os peroneale sowie Tuber peroneale rechts aus. Daneben bestehe eine radiologisch schwach oder nur mässig ausgeprägte calcaneocuboidale Arthrose. Ergänzend vermerkte das E.____ ausdrücklich, die radiologischen Befunde seien nie mit den subjektiv empfundenen Beschwerden korrelierbar gewesen. Das E.____ stellte ferner ebenso ausdrücklich fest, es bestehe nicht ein klares, eindeutiges strukturelles Korrelat für die nach wie vor geklagten Beschwerden. Es verwies aber auf die starken Symptome bei der Versicherten und schloss bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf einen so hohen Leidensdruck, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wie sie die SUVA im Einspracheentscheid angenommen hat, sicher nicht mehr als realistisch einzuschätzen sei. Ferner billigte die Fachklinik der Beschwerdeführerin zu, die Beschwerden seien durchaus glaubhaft (Urk. 13/90 S. 2). Aus den medizinischen Akten ergeben sich sodann keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation; im Gegenteil wurde der Beschwerdeführerin Arbeitswille zugebilligt (Urk. 13/57 S. 2 und 13/59 S. 3). Das E.____ attestierte demgemäss - im Gegensatz zur SUVA - nach wie vor nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und hielt fest, dieses Pensum habe die Versicherte bisher wahrgenommen, könne nach ihren Angaben ohne grössere Probleme ausgeführt werden und sei aus Sicht der Klinik beizubehalten (Urk. 13/90).

3.3.3.3 Im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsüberprüfung müssen die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 399 Erw. 5.3.2 mit Hinweisen). Dass die Beschwerdeführerin unter Schmerzen leidet, wird nicht bezweifelt. Auch die SUVA anerkennt dies, geht sie doch selber von einer leidensbedingten, wenn auch nicht invaliditätsbegründenden Einschränkung aus. Auffällig ist jedoch, dass sich die Untersuchungen des E.____ vor allem auf die Gelenke und Knochen bezogen. Schon Dr. B.____ hatte aber am 19. Dezember 2005 vermutet, die noch bestehende Einschränkung im Bereich des Rückfusses und die Beschwerden dürften weichteilbedingt sein (Urk. 13/18). Das E.____ hat ferner in seinem Bericht vom 6. Juni 2006 - im Einklang mit den früheren Äusserungen von Dr. B.____ - unter "Beurteilung und Procedere" die Durchführung eines MRI "mit der Frage nach Knochenmarkdem und Weichteilsituation" verordnet (Urk. 13/41).

3.3.3.3 Ein MRI wurde jedoch in der Folge nur in Bezug auf die Situation am Knie in Auftrag gegeben und am 3. Mai 2007 vollzogen (Urk. 13/65), nicht aber bezüglich des Fussgelenks. Dies leuchtet deshalb nicht ein, weil einerseits das Vorliegen von Schmerzen nicht in Abrede gestellt wird und andererseits nach dem medizinischen Schrifttum MRI-Untersuchungen für Knochenmark- und Weichteiluntersuchungen besonders geeignet sind (Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 225). Dies war ja mit Sicherheit auch Anlass für das E.____, eine solche Abklärung für nötig zu erachten und in die Wege zu leiten, die dann aber dennoch nicht realisiert worden ist, währenddem röntgenologische und computertomographische Abklärungen erfolgt sind. Diese MRI-Untersuchung ist demgemäss konsequenterweise noch nachzuholen und - unter Berücksichtigung der Erkenntnisse über die Kausalität der Kniebeschwerden - anschliessend über die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit der Versicherten neu zu entscheiden. Aufgrund des MRI lassen sich allenfalls auch neue Erkenntnisse zur im Bericht des E.____ vom 30. August 2006 (Urk. 13/43) geäusserten Vermutung gewinnen, wonach die - gemäss den Schussberichten des E.____ und der SUVA-Ärzte tatsächlich gegebene - Calcaneocuboidal-Arthrose mit einer konsekutiven

Überlastung der Peronealsehnen im Sinne einer Tendinitis Peroneus-brevis-Sehne rechts zu vereinbaren sei.

4.4. Die Invaliditätsbemessung durch die SUVA überzeugt - abgesehen von den noch zu klärenden medizinischen Voraussetzungen - auch in Bezug auf die erwerblichen Verhältnisse nicht. Die Beschwerdegegnerin hat sich nämlich sowohl in der Verfügung als auch im Einspracheentscheid darauf beschränkt festzuhalten, sie sei im Besitz von Unterlagen, die belegten, dass bei einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ein durchschnittliches Gehalt von Fr. 45'982.-- ausbezahlt werde (Urk. 13/78 S. 2 unten sowie Urk. 2 S. 3), und in der Folge diesen Betrag als Invalideneinkommen angenommen. Um was für Unterlagen es sich dabei handelt, wird nicht ausgeführt. Ebenso wenig befinden sich diese Unterlagen bei den Akten. Die Beschwerdegegnerin wird somit in der neu zu erlassenden Entscheidung eine nachvollziehbare, dokumentierte Invaliditätsbemessung vornehmen müssen. Zu beachten wird in diesem Zusammenhang auch sein, dass die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung gemäss deren Vorbescheid vom 9. Juni 2008 doch auf einem deutlich tieferen Invalideneinkommen von Fr. 0 ab 22. November 2005, Fr. 22'625.-- ab Februar 2006 und von Fr. 33'316.92 ab 1. August 2006 basiert (Urk. 13/88 S. 3 f.) und die IV-Stelle unter Annahme des letztgenannten Invalideneinkommens immer noch von einem Invaliditätsgrad von 34 % ab 1. August 2006 ausgegangen ist. Zwar ist die Unfallversicherung nicht an die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung gebunden (BGE 131 V 362 E. 2.2.1 S. 366 f.). Dies schliesst jedoch keineswegs aus, dass die beiden Sozialversicherungszweige ihre Entscheide koordinieren, die Erkenntnisse des jeweils andern Versicherers berücksichtigen und den Gründen für Abweichungen nachgehen. Abgesehen davon liegt es auf der Hand, dass zumindest die Akten des jeweils andern Versicherers konsultiert werden, was im vorliegenden Fall offenbar ebenfalls nicht geschehen ist. Eine Koordination ist hier umso mehr angebracht, als momentan nicht feststeht, dass im massgeblichen Zeitpunkt des Einspracheentscheides der SUVA auch unfallfremde Schäden vorliegen. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb die Akten der Invalidenversicherung beizuziehen haben.

5. Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu. Der vom Gericht als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellte Anwalt der Beschwerdeführerin liess einen dem vorliegenden Prozess gerade noch angemessenen Aufwand von 14,17 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 424.50 geltend machen (vgl. Kostennote vom 11. Oktober 2010, Urk. 26 und 27). Beim gerichtlichen Ansatz von Fr. 200.-- und zuzüglich der Mehrwertsteuer ergibt dies eine Entschädigung von Fr. 3'506.15 (14,17 x Fr. 200.-- = Fr. 2'834.-- zuzüglich Barauslagen = Fr. 3'258.50 zuzüglich Mehrwertsteuer von 7,6 %).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Juni 2008 aufgehoben und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu verfüge.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Heinz Birchler, Zürich, eine

Prozessentschädigung von Fr. 3'506.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Heinz Birchler
- Rechtsanwältin Barbara Klett
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.