

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00103 vom 31. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00103

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00103 du 31 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00103 del 31 ottobre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass auf die kreisärztliche Beurteilung einer vollen Arbeitsfähigkeit in - näher umschriebenen - leidensangepassten Tätigkeiten, und nicht auf die vom Hausarzt des Beschwerdeführers veranlassten anderslautenden Beurteilungen, abzustellen sei (S. 6 ff. Ziff. 4). Weiter ging sie - nach erfolgter Adhäsionsprüfung gemäss BGE 115 V 133 - davon aus, dass die geklagten psychischen Beschwerden nicht in rechtsgleichem Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall ständen (S. 4 ff. Ziff. 3). Auf dieser Grundlage ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 26 % (S. 9 Ziff. 5). Zur Bemessung der Integritätsentschädigung stellte sie auf die Beurteilung des Kreisarztes ab (S. 10 f. Ziff. 6c).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, nach Angaben seines Hausarztes leide er zusätzlich an einem Morbus Sudeck; der vom Hausarzt konsultierte Arzt berichte ebenfalls von einem Morbus Sudeck sowie, dass der verletzte Fuss noch nicht belastbar sei (Urk. 1 S. 2 Mitte). Weiter wies der Beschwerdeführer darauf hin, wie lange er ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber gearbeitet habe, und dass er auch psychisch leide (Urk. 1 S. 2 unten). Auch sein Hausarzt habe eine reaktive Depression festgestellt (Urk. 1 S. 3 oben). Die Beschwerdeführerin sei bezüglich Belastbarkeit (Stehen, Gehen, Sitzen) von unzutreffenden Annahmen ausgegangen (S. 3).

2.3 Strittig und zu prägen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensangepassten Tätigkeiten - und damit dem Invaliditätsgrad - sowie mit der erlittenen Integritätseinbusse verhält.

E. 3

3.1 Dr. med. Z. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 9. Januar 2008 (Urk. 7/4), die Erstbehandlung habe am Unfalltag stattgefunden (Ziff. 1), und nannte als Diagnosen eine Trümmerfraktur des Os cuboideum ohne wesentliche Dislokation der einzelnen Fragmente und eine nicht dislozierte Fraktur plantar am Os cuneiforme laterale sowie Flake-Frakturen am Os naviculare (Ziff. 5). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 14. Dezember 2007 (Ziff. 8), was er in der Folge bis - nach Lage der Akten (Urk. 7/34) letztmals - am 5. März 2009 im Unfallschein festhielt.

3.2 Am 13. Mai 2008 (Urk. 7/8) berichtete Dr. Z. ____, unter anderem, der Beschwerdeführer gehe an Stücken (Ziff. 2) und Konsultationen erfolgten alle 1-2 Wochen (Ziff. 3c). Die Bemerkung, eine baldige Arbeitsaufnahme sei vorgesehen, ersetze

Als Befund am rechten Sprunggelenk / Vorfuss hielt er eine erhebliche Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung fest. Bildgebend besteht eine nach Fusswurzelknochenfrakturen konsolidierte Situation, aber mit Gelenkkonfigurationsänderungen (S. 3 unten).

Sodann bemerkte der Kreisarzt, die bis anhin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Bauarbeiter dürfte gerechtfertigt gewesen sein. Als nicht zumutbar bezeichnete er kraftvolle Stoss-, Zug- und Drehbewegungen; Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund; Leiternarbeit; repetitives Treppensteigen; bodennahe kauende, kniende Tätigkeit sowie Schläge und Vibrationen. Als zumutbar bezeichnete er wechselbelastende, leichte Tätigkeiten mit Zusatzbelastungen von vereinzelt statisch 20 kg, kurzstreckig gehend 5-10 kg ohne ausschliesslich axiale Belastung des rechten Beines. Die Gehstrecke könne mehrere Male pro Arbeitszeit 10-50 m betragen. Sitzen sei, ohne Zwangshaltung für den rechten Fuss, ohne Einschränkung möglich, insbesondere eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit aufzustehen (S. 4 oben).

Zur Integritätsschädigung hielt der Kreisarzt gleichentags unter Hinweis auf die Tabellenwerte für eine Fusswurzelarthrose Chopart mässig bis schwer (5-20 %) und für eine Panarthrose der Sprunggelenke (10-40 %) fest, es bestünde eine erhebliche Belastungsintoleranz, also Funktionseinschränkung, und leichte strukturelle Veränderungen nach Fusswurzelknochenfrakturen, konsolidiert, so dass eine Einordnung bei 20 % gerechtfertigt sei. Dies sei heute eine eher grosszügige Schätzung, aber in Zukunft werde eher eine Verschlimmerung eintreten (Urk. 7/37).

Dr. Z. wandte sich am 1. September 2009 an die Beschwerdegegnerin und beantragte die Kostenübernahme für eine Unterschenkelorthese. Dabei führte er unter anderem aus, es sei ihn nicht nachvollziehbar, wie der Beschwerdeführer mit seiner heutigen Gehfähigkeit auf dem heutigen Arbeitsmarkt Fr. 57'000.-- erzielen sollte. Er habe diesem deshalb empfohlen, die Berechnung seiner Rente zu retournieren und erst zu akzeptieren, wenn die Gehfähigkeit durch die in Auftrag gegebene Orthese deutlich verbessert sei (Urk. 7/39).

Der Kreisarzt wies im Schreiben vom 21. Juli 2009 darauf hin, dass bei den bekannten Diagnosen im Zusammenhang mit einer Schuhversorgung eine Unterschenkelorthese nicht notwendig sei (Urk. 7/41).

Nach Erlass der Verfügung vom 26. August 2009 wandte sich Dr. Z. wiederum an die Beschwerdegegnerin und führte aus, der Beschwerdeführer könne den rechten Fuss nicht belasten. Wenn er am Stock mehr als 1 Stunde gehe, habe er nachher 3 Tage Schmerzen. Damit habe er keine Chance, auch nur annähernd die (bei einem Invaliditätsgrad von 26 %) fehlenden 74 % zu verdienen (Urk. 7/51).

Auf Zuweisung von Dr. Z. - der am 25. Oktober 2009 der Beschwerdegegnerin mitteilte, die ergangene Verfügung habe den Beschwerdeführer zusätzlich noch in eine Depression gestürzt und er habe eine neutrale Beurteilung organisieren lassen (Urk. 7/63/1) - untersuchte Dr. med. D., FMH Orthopädische Chirurgie, am 16. September 2009 den Beschwerdeführer, worüber er gleichentags berichtete (Urk. 7/52).

Er führte aus, der Beschwerdeführer zeige klinisch nach wie vor deutliche Hinweise für einen aktiven Morbus Sudeck. Es sei glaubhaft, dass der Fuss nach wie vor ungenügend belastbar sei, und er teile die Meinung des zuweisenden Arztes, dass eine Restarbeitsfähigkeit von 74 % auch in leichter und wechselnd belastender beruflicher Tätigkeit zu optimistisch eingeschätzt worden sei. Entsprechend habe er dem Beschwerdeführer gesagt, er solle seinen Rekurs zeitgerecht einreichen (S. 1 unten). Ferner habe er weitere bildgebende Abklärungen veranlasst und werde danach den Beschwerdeführer noch einmal untersuchen (S. 1 f.).

Dementsprechend berichtete Dr. D. ___ am 21. Oktober 2009 (nach am 23. September erstelltem MRI), die Fraktur sei radiologisch wie auch im MRI schon verheilt und bisher sei noch keine Arthrose aufgetreten, allerdings deutliche Stufenbildungen, aber andererseits auch kein ossäres Spongiosädem. Der Beschwerdeführer habe aber immer noch ein perimalleoläres Weichteilödem beidseits und klinisch Hinweise für einen immer noch aktiven Morbus Sudeck. Dies erkläre die Beschwerden hinreichend. Aus seiner Sicht könnte er höchstens für eine rein sitzende Tätigkeit teilweise arbeitsfähig geschrieben werden, dies würde allerdings eine Umschulung bedingen, was im vorliegenden Fall kaum praktikabel sein dürfte. Der Morbus Sudeck sollte weiterhin (physiotherapeutisch, analgetisch, abschwellend und orthopädiemassagietechnisch) behandelt werden. Knapp 2 Jahre nach dem Unfall sollte auch eine Berentung erfolgen (Urk. 7/63/2 = Urk. 7/63/3 = Urk. 7/63/5).

Am 4. November 2009 berichtete Dr. B. ___, Rehaklinik A. ___, über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 7/64).

Er führte aus, er habe während des stationären Aufenthaltes des Beschwerdeführers dessen Füsse mindestens einmal wachheitlich untersucht, und abgesehen von einer paraachillären Schwellung sei der Fuss stets reizlos gewesen; Zeichen für ein CRPS hätten damals nie bestanden (S. 1 Mitte).

Zur aktuellen Untersuchung berichtete er über Gegenspannen bei der Bewegungsprüfung am rechten Bein auch bei der Knieuntersuchung und über die Angabe von Schmerzen am Fuss, die auf Befragen im Bereich des ventrolateralen oberen Sprunggelenks (OSG) und lateralen Lisfranc lokalisiert würden. Am gesamten Fuss und distalen Unterschenkel bestehe eine undifferenzierte leichte Druckdolenz. Die Motorik sei symmetrisch, die Trophik bis auf die leichte Schwellung unauffällig (S. 2 unten).

Zusammenfassend führte Dr. B. ___ aus, klinisch liege für ihn mehr das Bild einer ausgeprägten Schonung als eines CRPS vor. Es beständen objektivierbare Schonungszeichen, ein gewisser Verdacht bestehe aber auch auf eine faktische Komponente der Schwellung (S. 4).

Am 28. November 2009 äusserte sich Dr. Z. ___ zum Umstand, dass die Beschwerdegegnerin nicht bereit war, die Kosten der Untersuchung durch Dr. D. ___ zu übernehmen und führte aus, er habe diese veranlasst, um eine Fehlbeurteilung durch die Beschwerdegegnerin abzuwenden. Es scheine bei den Sozialversicherungen eine gewisse Tendenz zu bestehen, gewissen Namensgruppen generell Aggravation zu unterstellen; er wisse, dass dies beim Beschwerdeführer nicht zutrefte, denn er kenne ihn mit anderen Krankheiten anders (als jetzt im Zusammenhang mit der Fussproblematik). Er bitte darum, dass die Kosten der Abklärung übernommen würden, andernfalls müsste er sich den Gang zum Beobachter oder Kassensturz überlegen (Urk. 7/68).

3.11 Am 30. April 2010 berichtete Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, über seine am Vortag erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 11/1). Dabei nannte er folgende Diagnosen:

- Status nach Fraktur Os cuboideum, Os naviculare, Os cuneiforme laterale rechts
- Verdacht auf Sudeck Dystrophie

Er führte aus, rein aus klinischer Sicht lasse sich nicht entscheiden, ob eine Sudeck'sche Dystrophie vorliege. Er sei der Meinung, dass, wenn eine solche mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne, unbedingt eine Arthrothese gemacht werden müsste, damit der Fuss wieder belastbar werde.

3.12 Nach Vorliegen der von ihm veranlassenen Skelettszintigraphie berichtete Dr. E.____ am 6. Juli 2010 ein weiteres Mal. Er führte aus, diese habe keine Hinweise auf einen Morbus Sudeck geliefert, so dass diesbezüglich für ihn kein Operationshindernis bestehe. Er habe in der Zwischenzeit auch Infiltrationen vorgenommen, die zu keiner Beschwerdeänderung geführt hätten. Im Moment habe der Beschwerdeführer eine vorwiegend sitzende Arbeit in Aussicht. Er habe ihm geraten, diese auf jeden Fall anzutreten (Urk. 11/2).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer postulierte einen höheren Invaliditätsgrad als den von der Beschwerdegegnerin ermittelten, wobei er nicht die Invaliditätsbemessung im engeren Sinne beantragte, sondern die ihr zugrundeliegenden Annahmen betreffend Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten. Auf seine (vier) Einwände ist näher einzugehen.

4.2 Der Umstand, dass er während Jahrzehnten beim gleichen Arbeitgeber tätig gewesen ist (Urk. 1 S. 2 unten), hat für ihn subjektiv sicherlich einen erheblichen Stellenwert. Ebenso offensichtlich ist jedoch, dass dies nichts mit der Frage zu tun hat, wie es sich aus medizinischer Sicht mit der nach dem erlittenen Unfall noch realisierbaren Arbeitsfähigkeit verhält.

4.3 Dass sich die seines Erachtens unbefriedigende Leistungszusprache durch die Beschwerdegegnerin auf ihn psychisch belastend ausgewirkt hat, ist nachvollziehbar. Ob die entsprechenden psychischen Beeinträchtigungen eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermögen, ist jedoch eine rechtliche Frage. Diese hat die Beschwerdegegnerin differenziert und wohl begründet im angefochtenen Entscheid geprüft und infolge Fehlens eines adäquaten Kausalzusammenhanges negativ beantwortet (Urk. 2 S. 4 ff. Ziff. 3).

Damit hat sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde nicht auseinandergesetzt, sondern sich darauf beschränkt, sich pauschal auf psychische Beschwerden zu berufen. Dementsprechend kann nur auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Entscheid, die keiner Wiederholung bedürfen, verwiesen werden.

4.4 Sodann brachte der Beschwerdeführer den sozusagen medizinischen Einwand vor, er leide an einem Morbus Sudeck, was (sinngemäss) die Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht berücksichtigt habe (Urk. 1 S. 2 Mitte).

Zutreffend ist, dass der behandelnde Arzt des Beschwerdeführers und der von diesem eingeschaltete Orthopäde von einem Morbus Sudeck (auch: CRPS)

ausgingen, nicht aber - auch nach erneuter Untersuchung im November 2009 - der Orthopäde der Rehaklinik A.____ (vorstehend E. 3.9). Aus dem vom Beschwerdeführer nachgereichten Bericht des nunmehr im Jahr 2010 konsultierten Orthopäden ergibt sich schliesslich, dass die neuste bildgebende Abklärung zur zuverlässigen Feststellung geführt hat, dass kein Morbus Sudeck besteht (vorstehend E. 3.12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit hat sich dieser Einwand erledigt.

4.5 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wandte der Beschwerdeführer ein, die von der Beschwerdegegnerin angenommene Belastbarkeit entspreche nicht seiner eigenen Beurteilung (Urk. 1 S. 3). In der Beschwerdeantwort (Urk. 6 S. 5 f. Ziff. 8) hat die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen, dass die subjektive Einschätzung durch den Beschwerdeführer selber nicht der geeignete Massstab zur Beurteilung dieser Frage ist. Damit hat es sein Bewenden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der behandelnde Dr. Z.____ (und der von ihm beigezogene Orthopäde) äussern divergierende Einschätzungen. Dabei ist er jedoch gleich einem doppelten Rollenkonflikt erlegen, was sich auf den Beweiswert seiner Äusserungen nachteilig auswirkt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Einerseits ergingen die Stellungnahmen von Dr. Z.____ in Missachtung oder Unkenntnis der Zuständigkeiten von Medizin und Rechtsanwendung in Fällen wie dem vorliegenden. Es ist nicht Sache des Arztes, Überlegungen zur nicht medizinisch determinierten Grösse des trotz Gesundheitsschadens erzielbaren Einkommens (vorstehend E. 3.6) oder zum Invaliditätsgrad (vorstehend E. 3.7) anzustellen. Gleiches gilt für den von ihm eingeschalteten Orthopäden, der sich zur ausschliesslich die Rechtsanwendung beschlagenden Frage äusserte, wann eine Berentung erfolgen sollte (vorstehend E. 3.8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Andererseits sind die Stellungnahmen von Dr. Z.____ gekennzeichnet durch das Überschreiten der Grenze zwischen einer nüchternen und möglichst objektivierten Beurteilung und einer zunehmend engagierten Parteinahme für den Beschwerdeführer. Die therapeutisch inspirierte Fürsorge des behandelnden Arztes für seinen Patienten ist zweifellos - abgesehen von der vorliegend teilweise krass verfehlten Tonalität - achtenswert, aber sie macht zugleich seine Stellungnahmen für die Beurteilung der versicherungsrechtlichen Ansprüche unbrauchbar.

4.6 Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass gestützt auf das vom Kreisarzt genannte differenzierte und durch anderslautende Meinungsäusserungen nicht erfolgreich in Frage gestellte Belastungsprofil der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt ist, dass für - näher umschriebene - leidensangepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit besteht.

4.7 Ä Ä Ä Ä Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte und vom Beschwerdeführer in Frage gestellte Invaliditätsgrad basiert auf dem genannten Belastungsprofil. Mit der Invaliditätsbemessung, die mittels der Festlegung von Validen- und Invalideneinkommen vom Belastungsprofil zum Invaliditätsgrad führt, hat sich der Beschwerdeführer nicht weiter auseinandergesetzt. Diese ist denn auch nach Lage der Akten (Urk. 7/45-47) nicht zu beanstanden, so dass sich diesbezüglich Weiterungen erbringen.

4.8 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich Integritätsentschädigung hat sich der Beschwerdeführer darauf beschränkt, eine Höhe zu fordern. Substantiell hat er dazu

gar nichts und insbesondere keine von der kreisärztlichen abweichende medizinische Einschätzung angeführt.

Nachdem die Festlegung des Integritätsschadens durch den Kreisarzt (vorstehend E. 3.5) plausibel und offensichtlich mangelfrei erfolgte, ist nicht ersichtlich, in welcher Hinsicht das Gericht sich mit diesem Aspekt noch näher befassen müsste oder überhaupt könnte.

Zusammengefasst erweist sich die Beschwerde als offensichtlich und in jeder Hinsicht unbegründet, womit sie in Bestätigung des angefochtenen Entscheids abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf unter Beilage je einer Kopie von Urk. 10 sowie Urk. 11/1-2

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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.