

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00266 vom 17. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00266

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00266 du 17 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00266 del 17 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob und falls ja, in welchem Umfang der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Beschwerdegegnerin hat und ob ihm eine höhere als eine auf einer Integritätsseinbusse von 10 % beruhende Integritätsentschädigung auszurichten ist.

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

1.3.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.3.2.2 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

1.3.3.1 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

1.3.3.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.3.3.3

1.3.3.4 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

1.4.1 Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 30. Juni 2001 gültigen Fassung). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 Satz 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung aller möglicher 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. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG).

2.1.1

2.1. Das nach dem Unfall vom 10. Dezember 2006 erstbehandelnde Z.____ diagnostizierte eine Maisonneuve-Fraktur rechts mit Subluxation im OSG und Fraktur der Spitze des medialen Malleolus rechts. Es nahm eine Osteosynthese vor und attestierte dem Beschwerdeführer bis 31. Januar 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/2). Am 8. Februar 2007 entfernte das Z.____ die Zuggurtung und die Stellschraube am OSG rechts (Urk. 13/10) und attestierte dem Beschwerdeführer bis 23. Februar 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Kurzbericht vom 9. Februar 2007, Urk. 13/9). Am 27. September 2007 nahm das Stadspital Z.____ eine OSG-Arthroskopie sowie ein anteromediales Débridement vor und attestierte dem Beschwerdeführer bis 13. Oktober 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/19-20).

2.2. Die A.____ diagnostizierte mit Bericht vom 12. Februar 2008 einen Verdacht auf posttraumatische OSG- und Subtalararthrose bei (a) Status nach Pronationstrauma mit Maisonneuve-Fraktur vom 10. Dezember 2006 rechts, (b) Status nach offener Reposition und Osteosynthese 2006 und (c) Status nach OSG-Arthroskopie und anteromedialem Débridement vom September 2007. Der Leidensdruck des Beschwerdeführers schein glaubhaft, und eine Arbeitstätigkeit zu 100 % in einem stehenden und belastenden Beruf sei wohl nicht möglich. Dementsprechend bestehe ab 6. Februar 2008 und bis auf Weiteres eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/41). Nachdem die A.____ am 25. August 2008 eine Entfernung der Ossikel und Osteophyten Malleolus medialis rechts und eine Refixation Ligamentum deltoideum vorgenommen hatte (Urk. 13/85), attestierte es dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Berichte vom 1. September 2008, Urk. 13/86, und vom 14. Oktober 2008, Urk. 13/90).

2.3. Der Beschwerdeführer wurde am 9. Februar 2009 von Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Dieser hielt mit Bericht vom gleichen Tag fest, die klinische Beurteilung sei erschwert durch das erheblich schmerzdemonstrative Verhalten des Beschwerdeführers. Medizinisch sei es beispielsweise nicht erklärbar, dass bei nicht forcierten Rotationsbewegungen in der Hüfte eine Schmerzhaftigkeit im R ckfussbereich rechts angegeben werde. Die diffuse Palpationsschmerzhaftigkeit insbesondere im Bereich der verschiedenen Operationsnarben sch lere den diagnostischen Wert erheblich. Objektivierbar zeigten sich eine nur m ssig eingeschränkte Beweglichkeit im OSG und eine ordentlich gute Restbeweglichkeit talocalcaneal und in den distaleren Bewegungslinien beider Füsse. Das nur ganz diskrete muskuläre Defizit am rechten Bein bewei, dass die Behinderung nicht dermassen ausgeprägt sein könne, wie sie der Beschwerdeführer angebe. Die überdies geäusserten Beschwerden am linken Knie hätten einerseits kein klinisch erhebliches Korrelat, und andererseits sei eine Überlastung der linken Seite angesichts der vom Beschwerdeführer angegebenen erheblichen Schonung in den letzten Monaten eindeutig nicht vorhanden. Allfällige Behandlungen des linken Knies seien nicht unfallkausal. Angesichts der negativen Ergebnisse der beiden früheren Infiltrationen und der günstigen Verhältnisse der letzten MRI-Untersuchung habe er heute zusammen mit dem klinischen Befund keine Erklärung für die Beschwerden des Beschwerdeführers, auch fachärztlich-neurologisch sei eine Problematik negiert worden. Er sei etwas erstaunt, dass man offenbar in der A.____ erneut eine Infiltration plane, er könne und wolle sich dem aber nicht widersetzen, wobei er heute schon davon überzeugt sei, dass das Erfolgspotential bezüglich weiterer orthopädisch-chirurgischer Eingriffe äussert beschränkt sei. Sofern bei den geplanten

weiteren Abklärungen in der A.____ keine klare Schmerzursache eruiert werden könne, würde er beim heutigen Kenntnisstand von einer vollen Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ausgehen (Urk. 13/98).

2.4 Die A.____ diagnostizierte mit Bericht vom 6. April 2009 Restschmerzen OSG rechts bei (a) Infarktherden an der distalen Tibia rechts, (b) Status nach Entfernung Ossikel und Osteophyten Malleolus medialis rechts, Refixation Ligamentum deltoideum am 25. August 2008 und (c) medialem Impingement OSG rechts bei (aa) Status nach Pronationstrauma mit Maisonneuve-Fraktur vom 10. Dezember 2006 rechts, (bb) Status nach offener Reposition und Osteosynthese 2006, (cc) Status nach vorzeitiger Metallentfernung wegen Perforationsgefahr medial am 8. Februar 2007 und (dd) Status nach OSG-Arthroskopie und anteromedialem Débridement vom September 2007. Der Beschwerdeführer sei bis am 26. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 13/149.6-7). Mit Bericht vom 13. August 2009 attestierte die A.____ eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. August 2009 (Urk. 13/119.1-2) und mit Bericht vom 26. August 2009 eine solche bis Ende September 2009 (Urk. 13/121.1-2).

2.5 C.____, Institut für Anästhesiologie, diagnostizierte mit Bericht vom 18. Mai 2009 (1) ein gemischt nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom OSG rechts bei (a) Status nach Pronationstrauma OSG rechts mit Maisonneuve-Fraktur am 10. Dezember 2006 und (b) Status nach verschiedenen Operationen im Bereiche des rechten OSG und (2) eine Adipositas WHO-Grad I (BMI 33). Zur Arbeitsfähigkeit machte das C.____ keine Angaben (Urk. 13/114.7-10).

2.6 Dr. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 11. August 2009 eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.4) und wies darauf hin, dass es aus psychiatrischer Sicht sinnvoll wäre, ein orthopädisches Gutachten zu erstellen (Urk. 13/118).

2.7 Dr. med. E.____ nannte mit Bericht vom 29. Oktober 2009 an die IV-Stelle als Diagnosen (1) einen Status nach Maisonneuve-Fraktur rechts am 10. Dezember 2006, multiple Operationen und persistierende Schmerzen, (2) ein neuropathisches Syndrom des Nervus saphenus rechts und (3) eine Depression. Der Beschwerdeführer sei seit dem 7. Oktober 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. Davor habe während längerer Zeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Eine sitzende Tätigkeit sei seines Erachtens zu mindestens 50 % möglich (Urk. 13/131.3-4).

2.8 Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt mit Bericht vom 23. Dezember 2009 fest, der Beschwerdeführer sei für die angestammte Tätigkeit mit schwerem Lastenheben, sei es im Pneubereich, sei es auf dem Bau, zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine angepasste Tätigkeit müsse ein Modus gefunden werden zwischen sitzen und stehen. Man solle jedoch zunächst einmal die Behandlung der Neuropathie abwarten (Urk. 13/132).

2.9 Der Beschwerdeführer wurde am 6. Januar 2010 erneut von Kreisarzt Dr. B.____ untersucht. Dieser erklärte gleichentags, bei der klinischen Untersuchung zeige sich abermals ein erheblich schmerzdemonstratives Verhalten, bereits Rotationsbewegungen in der Hüfte lösten rechtsseitig Schmerzen im R ckfuss aus und linksseitig anteriore Knieschmerzen. Die angegebene Hypästhesie sockenf rmig am distalen Unterschenkel und im ganzen Bereich des rechten Fusses sei medizinisch nicht erklärbar. Bei einer diffusen Druckschmerzhaftigkeit lasse sich dies als diagnostisches

Kriterium ebenso wenig verwenden wie die angegebene Schmerzhaftigkeit bei Gelenkbewegungen im Rückfußbereich rechts, insgesamt sei die Beweglichkeit im OSG nur mäßig eingeschränkt, dies komme ja auch zum Ausdruck beim zeitweise annähernd normalen Abrollen des Fußes beim Barfußgang. Auch die Bewegungseinschränkung talocalcaneal und in den distalen Gelenklinien des rechten Fußes sei nur gering und dürfte funktionell keine größere Auswirkung haben. Die vorliegende Röntgenkontrolle vom 18. September 2009 zeige ein sehr günstiges Behandlungsergebnis gut drei Jahre nach der OSG-Fraktur rechts, die Gelenkspalte im OSG sei höchstens minimal verschmälert, die Gelenkgabel sei perfekt rekonstruiert und die diskreten Verkalkungen im Kapselbereich des OSG seien nach Fraktur und mehreren Eingriffen ein häufiger, funktionell unbedeutender Befund. Nach der durchgeführten multimodalen Behandlung (Medikamente, Infiltrationen, Schuhzurichtung, Desensibilisierung, Akupunktur) seien die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft, der Zustand sei seit längerer Zeit stabil und auch die Behandlung in der Schmerzklinik sowie die psychiatrische Behandlung durch Dr. D. ___ und die neu begonnene Behandlung durch Dr. F. ___ seien ergebnislos geblieben. Dies ermittle den versicherungstechnischen Fallabschluss. Die massiv überlagert wirkenden Zusatzbeschwerden wie Atem- und Herzstörungen, jedoch auch das Kollateralschmerzsyndrom im Knie unterhalb der Kniekehle könne er medizinisch nicht als Unfallfolge anerkennen. Auch die psychische Entwicklung sei auffällig und nicht unfallkausal erklärbar, die diesbezügliche definitive Beurteilung habe jedoch fachärztlich oder juristisch zu erfolgen. Es ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil: Eine bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer vollzeitlich zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten auf unebenem Boden oder in unwegsamem Gelände, ebenso längerdauernde Tätigkeiten auf einer Leiter. Treppensteigen sei manchmal zumutbar. Nicht zumutbar seien repetierte, sehr kraftfordernde Einsätze des rechten Beins. Über den Abschluss hinaus seien die notwendigen Schmerzmedikamente und allenfalls Magenprophylaxe durch die Beschwerdegegnerin weiter zu übernehmen, desgleichen die Schuhzurichtung, solange die Stabilschuhe wirklich regelmäßig getragen würden (Urk. 13/133). Am gleichen Tag schätzte Dr. B. ___ die Integritätsbeeinträchtigung auf 10 % (Urk. 13/133.9).

2.10.1 Der Beschwerdeführer befand sich vom 23. April bis 4. Juni 2010 in stationär-psychiatrischer Behandlung im G. ____. Mit Austrittsbericht vom 13. August 2010 nannte das G. ___ als Diagnosen (1) eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 32.01-32.11) und eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.4). Zur Arbeitsfähigkeit machte das G. ___ keine Angaben (Urk. 13/171). Lediglich für die Dauer des Klinikaufenthaltes attestierte es eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Zeugnis vom 21. Mai 2010, Urk. 13/166/3).

2.11.1 Vom 14. September bis 12. November 2010 war der Beschwerdeführer in tagesklinischer Behandlung des H. ____. Dieses diagnostizierte mit Bericht vom 24. Dezember 2010 (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), (2) eine mittelgradige depressive Episode, (3) eine Adipositas permagna, (4) ein anteromediales Impingement OSG rechts mit (a) Status Stellschraubenosteosynthese und Zuggurtung Malleolus medialis rechts am 14. Dezember 2006 bei Maisonneuve-Fraktur rechts mit mehrfragmentärer Fraktur der Spitze des medialen Malleolus am 10. Dezember 2006, (b) Status nach vorzeitiger Entfernung von Stellschraube und Zuggurtung wegen

Perforationsgefahr medial und (c) OSG-Arthroskopie und anteromediales DÄ©bridement am 27. September 2007, (5) Restschmerzen OSG rechts mit Infarktherden an der rechten distalen Tibia rechts bei Status nach Entfernung Ossikel und Osteophyten Malleolus medialis rechts, Refixation Ligamentum deltoideum am 25. August 2008 und (6) neuropathische Schmerzen im Musculus saphenus-Gebiet. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 13/187).

2.12Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer wurde am 5. April 2011 in der Kniesprechstunde der A.____ untersucht. Mit Bericht vom 6. April 2011 diagnostizierte diese (1) eine chronische Schmerzsymptomatik Knie links und (2) Schmerzen im OSG rechts nach multiplen Operationen des OSG nach Maisonneuve-Fraktur am 10. Dezember 2006. Beim BeschwerdefÄ¼hrer lÄ¼gen ausgeprÄ¼gte Kniebeschwerden diffus im Gelenk vor, die keiner eindeutigen pathoanatomischen Struktur zugeordnet werden kÄ¼nnten. Es sei keine ArbeitsunfÄ¼higkeit ausgestellt worden (Urk. 13/216.4-5)

2.13Ä Ä Das I.____ erstattete am 16. April 2011 ein Gutachten zuhanden der IV-Stelle (Urk. 13/217). Es hielt dabei als Diagnose mit Auswirkungen auf die ArbeitsfÄ¼higkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) fest. Ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit seien (1) ein Status nach Maisonneuve-Fraktur rechts am 10. Dezember 2006 mit (a) Status nach Stellschraubenosteosynthese des rechten OSG sowie eine Cerclage-Operation des rechten InnenknÄ¼chels am 14. Dezember 2006, (b) ein Status nach vorzeitiger OSME (Entfernung des Cerclage und der Stellschraube des rechten Sprunggelenkes) am 8. Februar 2007, (c) ein Status nach Sprunggelenks-Arthroskopie rechts mit offener anteromedialer DÄ©bridierung am 27. September 2007, (d) mittlerweile konsolidierter InnenknÄ¼chelfraktur und (e) sehr diskreten posttraumatischen degenerativen VerÄ¼nderungen des OSG, (3) eine degenerative MeniskuslÄ¼sion des linken Kniegelenks, (4) Lumbago-Beschwerden, (5) eine SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung und (6) eine Adipositas Grad II nach WHO (BMI 37,6) (S. 42). Unter BerÄ¼cksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der BeschwerdefÄ¼hrer aus rheumatologisch-orthopÄ¼discher Sicht fÄ¼r alle bisherigen TÄ¼tigkeiten voll arbeitsfÄ¼hig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe fÄ¼r jegliche TÄ¼tigkeiten eine ArbeitsfÄ¼higkeit von 70 %. BezÄ¼glich des Arbeitsprofils sei festzuhalten, dass der BeschwerdefÄ¼hrer eine Arbeitsstelle benÄ¼tige, in der er stressfrei arbeiten und hÄ¼ufig Pausen machen kÄ¼nne, dies vor allem aufgrund seiner Schmerzen. Es sollte eine repetitive TÄ¼tigkeit sein, die wenig KonzentrationsvermÄ¼gen benÄ¼tige. Aus internistischer Sicht sei die ArbeitsfÄ¼higkeit weder fÄ¼r die bisherige noch fÄ¼r eine angepasste TÄ¼tigkeit eingeschrÄ¼nkt (S. 48). Der BeschwerdefÄ¼hrer sei aus orthopÄ¼discher Sicht fÄ¼r eine rein stehende oder gehende TÄ¼tigkeit ungeeignet. FÄ¼r eine wechselbelastende behinderungsangepasste TÄ¼tigkeit bestehe auf chirurgisch-orthopÄ¼dischem Fachgebiet keine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit (OrthopÄ¼disches Teilgutachten, S. 7). Entsprechend der Beurteilung des SUVA-Kreisarztes seien auch die aktuell im Ausmass des BeschwerdefÄ¼hrers beklagten Beschwerden aufgrund der strukturellen Befunde nicht ganz nachvollziehbar. Dennoch seien die residuellen geringgradigen degenerativen VerÄ¼nderungen im rechten OSG unfallkausal (S. 51).

2.14Ä Ä Dr. med. J.____, Facharzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie, welcher den BeschwerdefÄ¼hrer am 3. Januar 2012 untersuchte, diagnostizierte mit Bericht vom 4. Januar 2012 neuropathische Fusschmerzen rechts bei (a) Status nach Entfernung Ossikel

und Osteophyten Malleolus medialis rechts, Refixation Ligamentum deltoideum am 25. August 2008, (b) Status nach OSG Arthroskopie und anteromedialem Débridement September 2007, (c) Status nach vorzeitiger Metallentfernung Sprunggelenk 8. Februar 2007, (d) Status nach offener Reposition und Osteosynthese medialer Malleolus mit Drahtcerclage und lateral Stellschraube am 14. Dezember 2006 und (e) Status nach medialer Malleolusfraktur mit hoher Fibulafraktur nach Pronationstrauma am 10. Dezember 2006 rechts. Zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. J. ___ keine Angaben (Urk. 18/1).  

2.15      Dr. F. ___ erklärte im Bericht vom 13. Juni 2012 zuhanden des Migrationsamts, aus dem Leiden des Beschwerdeführers resultiere keine verwertbare Erwerbs- oder Arbeitsfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer sei auf Medikamenteneinnahme angewiesen, wobei die Unfallmedikamente von der Beschwerdegegnerin übernommen würden (Urk. 29/7).

2.16      Dr. E. ___ bescheinigte am 19. Juni 2012, der Beschwerdeführer sei bei Zustand nach Fussfraktur sowie generalisierter Schmerzsymptomatik seit Jahren arbeitsunfähig. Aufgrund seiner Symptomatik ben  tigne er regelmässige Physiotherapie und die ständig Behandlung bei weiteren Ärzten (Urk. 31/11).

2.17      Das H. ___ diagnostizierte mit Bericht vom 30. Januar 2013 (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), (2) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), (3) eine Adipositas permagna (BMI 38), (4) ein anteromediales Impingement OSG rechts mit (a) Status nach Stellschraubenosteosynthese und Zuggurtung Malleolus medialis rechts am 14. Dezember 2006 bei Maisonneuve-Fraktur rechts mit mehrfragment  rer Fraktur der Spitze des medialen Malleolus am 10. Dezember 2006, (b) Status nach vorzeitiger Entfernung von Stellschraube und Zuggurtung wegen Perforationsgefahr medial am 8. Februar 2007 und (c) OSG-Arthroskopie und anteromediales Débridement am 27. September 2007, (5) Restschmerzen OSG rechts bei Infarktherden an der distalen Tibia rechts bei Status nach Entfernung Ossikel und Osteophyten Malleolus medialis rechts, Refixation Ligamentum deltoideum am 25. August 2008 und (6) neuropathische Schmerzen im Musculus saphenus-Gebiet. Der Beschwerdeführer sei für jedwelche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 34).

E. 3

3.1            Die für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den danach geklagten psychischen Beschwerden massgebende Unfallschwere (vgl. E. 1.3.3) ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Nicht relevant sind die Kriterien, welche bei der Prüfung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden, namentlich auch die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzog (Urteil des Bundesgerichts 8C_595/2009 vom 17. November 2009 E. 7.1 mit Hinweisen).

3.2            Beim Unfall vom 10. Dezember 2006 kippte der Beschwerdeführer beim Trainieren vor einem Fussballspiel um (Urk. 13/1). Dieser Unfall ist ohne Weiteres als leicht zu qualifizieren, sind doch - wie ausgeführt - insbesondere die erlittenen Verletzungen für die Beurteilung der Unfallschwere nicht relevant. Der Unfall vom 10. Dezember 2006 war also nicht geeignet, einen psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Die Beschwerdegegnerin ist daher für einen allfälligen psychischen

4.5 Die Berichte von Dr. D. (E. 2.6) stellen die somatischen Beurteilungen von Dr. B. und des I. ebenfalls nicht in Frage, ist Dr. D. doch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und äußert sich nicht eingehend zum somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers.

4.6 Dr. E. attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 29. Oktober 2009 bis am 6. Oktober 2008 eine 50%ige und ab 7. Oktober 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.7). Mit Arztzeugnis vom 12. Juni 2012 hielt er fest, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit weiterhin andauere (Urk. 29/6). Mit Bericht vom 19. Juni 2012 attestierte er dem Beschwerdeführer ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.16). Im Bericht vom 29. Oktober 2009 hielt Dr. E. als Subjektive Angaben/objektiver Befund einzig fest: Der gesamte rechte Fuss ist praktisch überall druckdolent. Die Lokalisationen können von Konsultation zu Konsultation wechseln. Keine wesentliche Schwellung erkennbar. Überängstlicher Patient, redet nur von seiner hoffnungslosen Zukunft. Hat Psychotherapie. Dr. E. stützt die attestierte Arbeitsunfähigkeit also überwiegend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, nennt er doch keine wesentliche somatische pathologische Befunde. Auch im Bericht vom 19. Juni 2012 erwähnt er lediglich einen Status nach Fussfraktur und eine Schmerzsymptomatik. Dr. E. erklärt zudem in keiner Weise, inwieweit die Arbeitsunfähigkeit somatisch und inwieweit psychiatrisch begründet ist. Die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit ist daher nicht nachvollziehbar.

4.7 Dr. F. attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 23. Dezember 2009 für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig geht aus diesem Bericht hervor, dass für eine angepasste Tätigkeit grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei zunächst die Therapie der Neuropathie abgewartet werden müsse (E. 2.8). Am 13. Juni 2012 attestierte Dr. F. dem Beschwerdeführer eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit (E. 2.15). In diesem Bericht listet Dr. F. zwar verschiedene Beschwerden des Beschwerdeführers auf, er nennt jedoch keine konkreten medizinischen Befunde. Dieser Bericht ist für sich alleine daher nicht nachvollziehbar. Mit Bericht vom 22. März 2012 nannte Dr. F. demgegenüber verschiedene Befunde (Urk. 25/2). Gestützt auf diese ist jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sein soll. Es ist zudem nicht klar, inwieweit die attestierte Arbeitsunfähigkeit psychisch bedingt sein soll. So hält Dr. F. mit Bericht vom 13. Januar 2010 an Dr. B. fest, dass die Beschwerden wohl teilweise psychisch überlagert seien (Urk. 13/143). Die Einschätzung von Dr. F. stellt daher diejenige von Dr. B. und des I. nicht infrage.

4.8 Das G. attestierte dem Beschwerdeführer für den Zeitraum seines stationären Aufenthaltes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit hielt es dagegen nicht fest (E. 2.10). Die Berichte des G. stellen daher die Einschätzung von Dr. B. und des I. nicht in Frage. Das G. äußert sich im übrigen als Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ohnehin hauptsächlich zur psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers, für welche die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig ist.

4.9 Dr. J. macht in seinem Bericht vom 4. Januar 2012 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 2.14). Da er auch keine Befunde nennt, welche der Einschätzung von Dr. B. und des I. widersprechen würden,

begründet sein Bericht keinen Anlass, nicht auf Dr. B. ___ bzw. das I. ___ abzustellen.

4.10. Das H. ___ attestierte dem Beschwerdeführer mit Berichten vom 24. Dezember 2010 (E. 2.11) und vom 30. Januar 2013 (E. 2.17) je eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Berichte des H. ___ wurden jeweils von einem Psychiater, Dr. O. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bzw. einer Dermatologin Dr. Q. ___, Fachärztin für Dermatologie, welche als Assistenzärztin für Psychiatrie tätig war, sowie zwei Psychologen unterzeichnet. Eine eingehende Auseinandersetzung mit dem somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist den Berichten nicht zu entnehmen. Da die Beschwerdegegnerin aber - wie ausgeführt - für allfällige psychische Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht leistungspflichtig ist, kann der Beschwerdeführer aus den Berichten des H. ___ nichts zu seinen Gunsten ableiten.

4.11. Zusammenfassend kann nicht beanstandet werden, dass die Beschwerdegegnerin aus somatischer Sicht auf die Einschätzung von Dr. B. ___ und des I. ___ abgestellt hat.

E. 5

5.1. Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Der Beschwerdeführer erzielte bei der Y. ___ im Jahr 2006 einen Stundenlohn von Fr. 27.-- (inkl. Ferien- und Feiertagsentschädigung und Anteil 13. Monatslohn), wobei er für Überstunden jeweils einen Zuschlag erhielt (Lohnabrechnungen, Urk. 13/152). Insgesamt erzielte er vom 17. Juli bis 9. Dezember 2006, also einen Tag vor dem Unfall, ein Einkommen von Fr. 19'223.05 (Urk. 13/154), was pro Kalendertag im Durchschnitt Fr. 131.66 ergibt (Fr. 19'223.05 : 146). Aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen hätte der Beschwerdeführer also im Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 48'057.65 erzielt (Fr. 131.66 x 365). Da sich der Stundenlohn des Beschwerdeführers im Jahr 2010 nicht mehr auf Fr. 27.--, sondern auf Fr. 30.79 belaufen hätte (Auskunft der Y. ___, Urk. 13/152.2), hätte das Valideneinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2010 Fr. 54'803.50 (Fr. 48'057.65 : 27 x 30,79) betragen. Der von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid erwählte mutmassliche Verdienst 2010 in Höhe von Fr. 24'764.-- findet in den Akten keine Stütze und erweist sich - wie in der Beschwerdeantwort geltend gemacht (Urk. 12 S. 9) - als offensichtlich unzutreffend.

5.2. Das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf DAP-Unterlagen ermittelte mutmassliche Invalideneinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2010 von Fr. 60'476.20 ist nicht zu beanstanden, berücksichtigen doch die von der Beschwerdegegnerin als Vergleichsbasis beigezogenen Arbeitsplätze die Einschränkungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 13/192, Urk. 2, Urk. 12).

5.3. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'803.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 60'476.20 resultiert keine Einkommenseinbusse. Der Beschwerdeführer hat daher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

6. Zu prüfen bleibt die dem Beschwerdeführer zustehende Integritätsentschädigung.

Im Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzlich anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514

S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgefällige Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

Dr. B. schätzte die Integritätseinbusse am 6. Januar 2010 auf 10 % und führte dazu aus: Status nach OSG-Fraktur rechts Typ Weber C Maisonneuve mit zusätzlich Fraktur des Malleolus medialis rechts. Bei Status nach Osteosynthese, frühzeitiger totaler Metallentfernung, Arthroskopie des OSG rechts zum Débridement anteromedial sowie schliesslich Resektion von Ossikeln respektive Osteophyten im Bereiche des Malleolus medialis rechts besteht heute objektivierbar ein günstiger Zustand mit nur diskret eingeschränkter OSG-Beweglichkeit rechts und radiologisch einer höchstens beginnenden posttraumatischen Arthrose. In der Tabelle 5 über die Integritätsentschädigung im OSG wird erst eine mässige OSG-Arthrose mit einer Integritätsschädigung zwischen 5 % und 15 % angegeben. Obwohl das Röntgenbild vom 18.9.09 höchstens eine beginnende Arthrose zeigt, halte ich die obige Schätzung für korrekt, sie berücksichtigt die mögliche Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose im rechten OSG und würde eine erneute Einschätzung der Integritätsschädigung erst bei fortgeschrittener Arthrose notwendig machen (Urk. 13/133.9). Diese Einschätzung von Dr. B. erweist sich in jeder Hinsicht als rechtens und ist nicht zu beanstanden.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht nicht in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Er hat daher keinen Rentenanspruch. Der Einspracheentscheid vom 19. August 2011 ist dementsprechend betreffend Rentenzusage aufzuheben, und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch hat. Da sich die Beschwerde auch im übrigen (Integritätsentschädigung) als unbegründet erweist, ist sie abzuweisen.

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer beantragte mit Beschwerde vom 20. September 2011 die Bestellung von Rechtsanwalt Yassin Abu-Ied als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1).

8.2 Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehr nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos,

wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 133 III 614 E. 5 S. 616 mit Hinweisen).

8.3 Da es sich beim Unfall vom 10. Dezember 2010 um einen leichten Unfall handelte, musste sich der Beschwerdeführer bzw. sein Rechtsvertreter bereits bei Beschwerdeerhebung im Klaren sein, dass für allfällige psychische Beschwerden die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig ist. Es musste dem Beschwerdeführer zudem auch bewusst sein, dass er keinesfalls Anspruch auf eine höhere als eine auf einer Erwerbseinbusse von 19 % beruhende Rente gehabt hätte, machte er mit Beschwerde vom 20. September 2011 doch selber geltend, dass er nach dem Unfall ein höheres Einkommen als zuvor erzielt hatte (Urk. 1 S. 6). Die Beschwerde erweist sich daher als aussichtslos, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung abzuweisen ist.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung wird abgewiesen,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. August 2011 wird betreffend Rentenzusprache mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch hat, aufgehoben.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Yassin Abu-led

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.