

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00097 vom 31. August 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00097](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00097)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00097 du 31 août 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00097 del 31 agosto 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1978, war seit September 2010 als arbeitslose Person bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 16. September 2011 auf einer Treppe ausrutschte, mit dem linken Fuss umknickte und stürzte (Schadenmeldung UVG vom 26. September 2011, Urk. 7/1). Am 19. September 2011 begab sich der Versicherte in Behandlung bei Dr. med. Y.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, von der Z.\_\_\_\_, der im Arzteugnis UVG vom 4. Oktober 2011 ein Distorsionstrauma des oberen Sprunggelenks (OSG) links mit prolongiertem Verlauf diagnostizierte (Urk. 7/11). Die SUVA trat auf den Schaden ein und erbrachte Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen. In der Folge persistierten die Fussbeschwerden des Versicherten, und am 7. September 2012 wurde an der Klinik A.\_\_\_\_ ein operativer Eingriff vorgenommen (laterale Bandstabilisierung nach Broström modifiziert links, vgl. Operationsbericht vom 18. September 2012, Urk. 7/45). Am 25. November 2013 nahm Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, eine ärztliche Beurteilung vor (Urk. 7/110). Mit Verfügung vom 6. Dezember 2013 stellte die SUVA die Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen per 20. Dezember 2013 ein (Urk. 7/113). Dagegen erhoben die Krankenversicherung Helsana am 10. Januar 2014 (Urk. 7/129) und der Versicherte am 17. Januar 2014 (Urk. 7/132) je Einsprache. Am 23. Januar 2014 erstattete Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ eine weitere medizinische Beurteilung (Urk. 7/135). Mit Entscheid vom 12. März 2014 wies die SUVA die Einsprachen der Krankenversicherung Helsana und des Versicherten ab (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

### **E. 1.2**

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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbeziehungsweise 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 30. April 2014 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1):

„a. Materielle Anträge i. D. der Einsprache-Entscheidung sei aufzuheben und die SUVA sei zu verpflichten, rückwirkend ab dem 20. Dezember 2013 weiterhin die Leistungen als Unfallversicherer zu erbringen. ii. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin

b. Formelle Anträge i. Es sei ein ergänzender Bericht der Abteilung Orthopädie, Dr. med. C.\_\_\_\_

bzw. Dr. med. D.\_\_\_\_, der Klinik A.\_\_\_\_ einzuholen. Dieser hat sich insbesondere – jedoch nicht abschliessend – zur Frage der unfallbedingten Kausalität der aktuellen Beschwerden des Einspracheführers auszusprechen. ii. Es sei ein unabhängiger Sachverständiger zu bestellen und ein unabhängiges Gutachten auszufertigen, welches sich insbesondere – aber nicht abschliessend – zu den aktuellen Beschwerden des Einspracheführers und zur Frage der unfallbedingten Kausalität dieser Beschwerden aussprechen soll. i ii. Dem Einspracheführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und ihm sei mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2013 ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen, dies in der Person des unterzeichnenden Rechtsanwaltes lic. iur. HSG Marcel Hubschmid, Opfikonerstrasse 45, 8304 Wallisellen.“

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2014, es sei die Beschwerde

abzuweisen, soweit auf sie einzutreten sei (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 28. Mai 2014 angezeigt (Urk. 9).

### **E. 2.1**

Nach dem Unfallereignis vom 16. September 2011 diagnostizierte Dr. Y.\_\_\_\_ von der Z.\_\_\_\_ im Arztzeugnis UVG vom 4. Oktober 2011 ein Distorsionstrauma des OSG links mit prolongiertem Verlauf. Er erklärte, dass die Röntgenuntersuchung keine Hinweise auf eine frische ossäre Läsion ergeben habe. Der Beschwerdeführer sei seit dem 19. September 2011 (Datum der Erstbehandlung) zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/11).

### **E. 2.2**

Da die Fussbeschwerden des Beschwerdeführers persistierten, veranlasste Dr. Y.\_\_\_\_ in der Folge eine MRI-Untersuchung. Dr. med. F.\_\_\_\_ vom G.\_\_\_\_

gab im Bericht vom 2. Dezember 2011 (Urk. 7/18) an, dass das gleichentags durchgeführte MRI des linken OSG und des Mittelfusses im Bereich der Basis MT V nach konsolidierter Fraktur

(von ca. 1992, vgl. Urk. 7/21) lediglich minimale Unregelmässigkeiten der Metatarsalegelenksfläche lateral ohne Hinweise auf aktiv entzündliche Veränderungen zeige. Ersichtlich seien sodann eine nicht mehr frische Teilruptur des lateralen Bandapparates (anteriores

talofibuläres Ligament) und eine minimale distale Tendinopathie der Peroneus longus Sehne.

Daraufhin wurde der Beschwerdeführer physiotherapeutisch behandelt (Urk. 7/21).

### **E. 2.3**

Am 30. April 2012 berichteten die Ärzte des Fuss-Teams der Klinik A.\_\_\_\_, dass beim Beschwerdeführer sieben Monate nach dem initialen Trauma eine symptomatische OSG-Instabilität bestehe mit nur geringer Besserung auf konservative Therapieversuche. Eine operative Intervention mittels modifizierter Broström-Rekonstruktion sei indiziert (Urk. 7/28). Die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_

attestierten dem Beschwerdeführer ab dem 17. April 2012 eine Arbeitsunfähigkeit in wechselnder Höhe

zwischen 50 % bis 100 %

( Urk. 7/112).

#### **E. 2.4**

Im Operationsbericht betreffend den

Eingriff vom 7. September 2012

führten die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ aus, dass sie eine laterale Bandstabilisierung nach Broström modifiziert links vorgenommen hätten. Beim Knochen-nahen Ablösen des Bandapparates sei aufgefallen, dass das Ligamentum longitudinale anterior ( LTFa ) komplett von der Fibula ausgerissen gewesen sei mit sichtbarer Lücke. Nach dorsal seien die ventralen Anteile des Ligamentum fibulocollaterale ( LFC ) ebenfalls ladiert gewesen, die ganz dorsalen Anteile seien noch gestanden ( Urk. 7/45 ). Am 11. September 2012 berichteten die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_, dass der postoperative Verlauf regelrecht sei (Urk. 7/44).

Daraufhin wurde der Beschwerdeführer erneut physiotherapeutisch behandelt ( Urk. 7/51 ).

2. 5

Im Bericht vom 7. Februar 2013 gaben die Ärzte

der Klinik A.\_\_\_\_ an, dass sich im Vergleich zur letzten Konsultation klinisch eine deutliche Besserung der Beweglichkeit im OSG links zeige. Der Beschwerdeführer klagte nur noch über leichte Restbeschwerden. Eine Fortführung der Physiotherapie sei jedoch dringend indiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage noch 50 % ( Urk. 7/72). 2. 6

Im an Dr. Y. \_\_\_\_ gerichteten Bericht vom 25. April 2013 erklärte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, dass sich im Rahmen der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers und unter der Anamnese eines langjährigen Leistungssportlers nach durchgeführter Bandplastik keine manuelle Instabilität im Gelenk palpieren lasse. Es finde sich ein sehr rigides Gelenk mit Zeichen eines anteromedialen

Impingements sowie einer posterolateralen

Synovialitis und Peritendinitis mit begleitender ausgeprägter Peronealsehnen tendinopathie. Nach Sichtung der mitgebrachten Röntgenbilder lasse sich dies so auch korrelieren und erkläre die aktuell bestehende Schmerzsituation der Beschwerdeführers vollumfänglich ( Urk. 7/81). 2.

#### **E. 2.10**

Im Bericht vom 5. November 2013 diagnostizierten die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ einen beidseitigen Rückfußvarus. Sie gaben erneut an, dass eine Instabilität des OSG links nicht reproduziert werden könne. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer erwähnt, dass die Stabilität voll erhalten und rekonstruiert worden sei. MR-technisch würden ein Knochenödem im Subtalgelenk und deutlich lokalisierbare Schmerzen über der anterolateralen

Fibulaspitze vorliegen; der Leidensdruck des Beschwerdeführers sei stark. Sie hätten sich daher gemeinsam mit dem Beschwerdeführer zur Korrektur der Rückfußachse sowie zur

Inspektion der Peronealsehnen und Seitenbänder mit gegebenenfalls Peroneus longus auf brevis -Transfer und evtl. einer OSG-Arthroskopie des linken Fußes entschieden (Urk. 7/106).

#### **E. 2.11**

In der Aktenbeurteilung vom 25. November 2013 legte Kreisarzt Dr. B. \_\_\_ dar, dass die ursprüngliche Verletzung des Beschwerdeführers eine Teiltraktur des anterioren talofibularen Ligamentes gewesen sei. Die Instabilität sei durch die Operation von 2012 behoben worden. Im Bericht der Klinik A. \_\_\_ vom 5. November 2013 (betreffend die Untersuchung vom 22. Oktober 2013) werde explizit erwähnt, dass eine Instabilität bei der Untersuchung nicht reproduziert werden könne und der Beschwerdeführer auch keine Instabilität angebe. Die vorgesehene Operation (Umstellungsosteotomie) sei aufgrund der unfallunabhängigen Fehlstellung (Rückfußvarus, beidseits) geplant, welche nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sei (Urk. 7/110).

#### **E. 2.12**

Dr. C. \_\_\_ von der Klinik A. \_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2013 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers aus, dass die geplanten Folgeoperationen des Beschwerdeführers sicherlich noch im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. September 2011 stehen würden. Die bereits durchgeführte Operation habe leider nicht alle Beschwerden lindern können. Seine Ärztekollegen und er von der Klinik A. \_\_\_ hätten im Übrigen zu diesem Thema einen Artikel verfasst, dem zu entnehmen sei, dass eine Rückfußdeformität die Instabilität fördern und auch weiterhin unterhalten könne. Aus diesem Grund müsse bei Feststellung einer solchen Deformität eine Revisionsoperation durchgeführt werden (Urk. 7/117).

#### **E. 2.13**

In der Stellungnahme vom 19. Dezember 2013 erklärte Kreisärztin Dr. med. J. \_\_\_ , Fachärztin für Chirurgie, dass vonseiten der Beschwerdegegnerin nicht die Indikation der geplanten Folgeoperationen in Frage gestellt, sondern nur die Unfallkausalität verneint werde (Urk. 7/123).

#### **E. 2.14**

In der ärztlichen Beurteilung vom 23. Januar 2014 kam

Kreisarzt Dr. B. \_\_\_ zum Schluss, es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Rückfußvarus links unfallbedingt aufgetreten sei. Von einer unfallbedingten Notwendigkeit der vonseiten der Klinik A. \_\_\_ vorgeschlagenen Operation mit Umstellungsosteotomie etc. bei ziemlich unauffälligem MRI und PET-CT könne somit nicht ausgegangen werden (Urk. 3 S. 6). 3.

#### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. März 2014 (Urk. 2), mit dem sie die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 20. Dezember 2013 bestätigte (vgl. auch Verfügung vom

6. Dezember 2013, Urk. 7/113), in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen von Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. November 2013 (Urk. 7/110) und vom 23. Januar 2014 (Urk. 3).

### E. 3.2

In der Beurteilung vom 23. Januar 2014 (Urk. 3 S. 5-6) legte Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ dar, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 16. September 2011 eine Partialruptur des lateralen Bandapparates links erlitten habe. Nach primär konservativem Behandlungsversuch sei am 7. September 2012 eine laterale Bandstabilisierung nach Broström modifiziert durchgeführt worden. Die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ hätten im betreffenden Operationsbericht angegeben, dass das LTFA komplett ausgerissen und die ventralen Anteile des LFC lädiert gewesen seien, währenddessen die dorsalen Anteile noch gestanden seien. Danach habe Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 25. April 2013 festgehalten, dass sich im Rahmen der klinischen Untersuchung und unter der Anamnese eines langjährigen Leistungssportlers nach durchgeführter Bandplastik keine manifeste Instabilität im Gelenk palpieren lasse. Im Weiteren sei auch in den Berichten der Klinik A.\_\_\_\_

vom 4. Juni

und vom 5. November 2013 explizit erwähnt worden, dass eine Instabilität nicht mehr reproduziert werden könne und dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung ebenfalls erklärt habe, die Stabilität sei voll erhalten und rekonstruiert worden. Im Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2013 sei

sodann erstmals inspektiv ein leichter Rückfußvarus in der Aufsicht von hinten erwähnt worden, und im Krankengeschichte-Eintrag vom 17. Dezember 2013 (vgl. Urk. 7/121/31) habe Dr. C.\_\_\_\_ von der Klinik A.\_\_\_\_

einen beidseitigen

Rückfußvarus

diagnostiziert. In seinem Schreiben vom 17. Dezember 2013 sei Dr. C.\_\_\_\_

nicht auf die Unfallkausalität eingegangen. Er habe lediglich bemerkt, dass die Folgeoperationen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen würden. Begründet habe er dies jedoch nicht.

Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass sich

somit

folgende Situation präsentiere: Nach zunächst konservativem Therapieversuch einer Partiailläsion des lateralen Bandapparates sei am 7. September 2012 eine laterale Bandplastik durchgeführt worden. Danach sei das OSG, wie die Untersuchungen in der Klinik A.\_\_\_\_ und bei Dr. H.\_\_\_\_ gezeigt hätten, komplett stabil gewesen. Die Unfallfolgen (partielle Bandläsion) seien also behoben worden. Gleichzeitig bestehe, wie dem Krankengeschichten-Eintrag von Dr. C.\_\_\_\_ zu entnehmen sei, ein beidseitiger Rückfußvarus, der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anlagebedingt bzw. nicht unfallbedingt aufgetreten sei. Von einer unfallbedingten Notwendigkeit der von der Klinik A.\_\_\_\_ vorgeschlagenen Operation mit Umstellungsosteotomie etc. bei ziemlich unauffälligem MRI und PET-CT, das sich auch vom Therapieregime des zur

Zweitmeinung hinzu gezogenen Fuss-Spezialisten Dr. H.\_\_\_\_ unterscheide, könne daher nicht ausgegangen werden ( Urk. 3 S. 6 ).

### **E. 3.3**

Diese Einschätzung von Kreisarzt und Chirurg

Dr. B.\_\_\_\_ zu den in erster Linie von den beiden Chirurgen Dr. C.\_\_\_\_ von der Klinik A.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ vorgenommenen Untersuchungen, zu welcher er – entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers ( Urk. 1 S. 6 ) - sehr wohl kompetent war, ist überzeugend. Dass der

beim Beschwerdeführer erstmals am 4. Juni 2013 festgestellte Rückfussvarus links – am 17. Dezember 2013 stellte Dr. C.\_\_\_\_ im Übrigen auch einen Rückfussvarus rechts fest - auf das Unfallereignis vom 16. September 2011 zurückzuführen wäre, wurde selbst von Dr. C.\_\_\_\_ nicht

behauptet. Im Weiteren wies Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ zutreffend darauf hin, dass nach dem Eingriff vom 7. September 2012 so wohl Dr.

H.\_\_\_\_ als auch Dr. C.\_\_\_\_ keine Instabilität des OSG links mehr

feststellen konnten. Dass Dr. C.\_\_\_\_ in der Folge in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2013 angab, die festgestellte Rückfussdeformität würde die Instabilität fördern und weiterhin unterhalten, leuchtet deshalb nicht ein.

Mit dem vom Beschwerdeführer vorgebrachten Hinweis, er sei vor dem 16. September 2011

beschwerdefrei gewesen (Urk. 1 S. 6), erschöpft sich seine Argumentation im Wesentlichen in der Figur „post hoc ergo propter hoc“. Dabei wird eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb).

Von weiteren medizinischen Abklärungen – wie sie vom Beschwerdeführer beantragt wurden (vgl. Urk. 1 S. 2) - sind

keine neuen

entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann.

Auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ kann daher abgestellt werden.

### **E. 3.4**

Es ist somit festzuhalten, dass nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten kann, dass das Unfallereignis vom 16. September 2011 nicht mehr (Teil-) Ursache des Gesundheitsschadens war, wie er sich im Zeitpunkt der Leistungsinstellung per 20. Dezember 2013 präsentiert hat. Spätestens zu diesem Zeitpunkt war der sogenannte Status quo sine vel ante erreicht.

Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und ist abzuweisen. 4.

### **E. 4**

Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig

(Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr nach Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. 1.

#### **E. 4.1**

Da der Beschwerdeführer bedürftig ist (Urk. 14), der Prozess nicht als von vorn herein aussichtslos bezeichnet werden kann und die anwaltliche Vertretung des Beschwerdeführers geboten war, ist ihm Rechtsanwalt Marcel Hubschmid als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Beschwerdeverfahren zu bestellen. Die Entschädigung ist dabei ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen.

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung erweist sich als obsolet, da das vorliegende Verfahren kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG).

#### **E. 4.2**

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 30. April 2014 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Marcel Hubschmid, Wallisellen, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Marcel Hubschmid, Wallisellen, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marcel Hubschmid - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstKreyenbühl

#### **E. 5**

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 Vorgänge (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 (BG E 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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 (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 15

#### **E. 7**

Im Bericht vom 4. Juni 2013 führte PD Dr. med. C.\_\_\_\_, Teamleiter Fusschirurgie der Klinik A.\_\_\_\_, aus,

dass eine Instabilität des OSG links nicht reproduziert werden könne. Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung auch erwähnt, dass die Stabilität voll erhalten und rekonstruiert worden sei. Nichtsdestotrotz leide er nach wie vor unter Schmerzen und könne deshalb nicht voll arbeiten. Zur Bilanzierung des Problems seien noch MRI-Untersuchungen erforderlich, vor allem im Bereich des lateralen Sehnenapparates. Sollten Rupturen oder

Tendinopathien vorliegen, würden allenfalls weitere operative Eingriffe notwendig werden. Diesfalls

müsste sicherlich auch die heute bei der klinischen Untersuchung etwas vermehrt imponierende Varus-Fehlstellung des Rückfusses links mit einer lateralisierenden

Calcaneus-Osteotomie angegangen werden. Falls ein OSG-Impingement reproduzierbar auslösbar und auch Anzeichen dafür im MRI sichtbar wären, wäre eine OSG-Arthroskopie zu empfehlen. Aktuell sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 7/79). 2.

#### **E. 8**

Im Bericht vom 5. Juli 2013 gab Dr. C.\_\_\_\_ von der Klinik A.\_\_\_\_ an, dass die MRI-Untersuchungen der OSG beidseits narbige Veränderungen des Ligamentums fibulotalare

anterius, links deutlich stärker ausgeprägt als rechts, zeigen würden. Beidseits fänden sich Spuren von Flüssigkeit in den Peronealsehnencheiden. Die Peronealsehnen selbst seien intakt. Die MRI-Befunde würden die somatisch beschriebenen Beschwerden nicht erklären. Aufgrund der unklaren Befunde und des erheblichen Leidensdrucks des Beschwerdeführers werde nun noch eine Fluorid-PET-CT-Untersuchung veranlasst

(Urk. 7/92, vgl. auch Urk. 7/90). 2.

## **E. 9**

Im Bericht vom 6. September 2013 gaben die Ärzte der Klinik für Nuklearmedizin des I. \_\_\_\_

zuhanden von Dr. C. \_\_\_\_ von der Klinik A. \_\_\_\_

an, dass sich im gleichentags durchgeführten Fluorid-PET-CT im linken Fuss ein erhöhter Knochenstoffwechsel an der linken Fibulaspitze sowie minim auch im Sinus tarsi lateral zeige. Differentialdiagnostisch lägen postoperativ-reaktive Veränderungen vor. Eine Tendinitis der Peroneus

longus

Sehne sei weniger wahrscheinlich. Zudem bestehe eine aktivierte Arthrose zwischen Os vesalianum und der Basis MT V rechts (Urk. 7/100).

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