

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00160

vom 30. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00160

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00160 du 30 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00160 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1965, war über seine Y.____ bei der Suva gegen Unfälle obligatorisch versichert, als er am 30. Dezember 2011 mit seinem Taxi einen Inselschutzpfosten anfuhr (Polizeirapport, Urk. 15/5) und sich dabei eine Talusluxationsfraktur Hawkins III am linken Fuss zuzog (Urk. 15/10). Es folgten mehrere Operationen (Urk. 15/14). Im Jahr 201

E. 1.2

Die Suva erbrachte nach dem Unfall zunächst die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilkosten; Urk. 15/7). Sodann nahm sie diverse Arztberichte zu den Akten (Urk. 15/10, 15/14, 15/22, 15/36, 15/54, 15/66, 15/90, 15/91, 15/93, 15/98, 15/103, 15/105, 15/111, 15/112, 15/137, 15/139) und liess den medizinischen Sachverhalt wiederholt durch ihre Kreisärzte beurteilen (Urk. 15/40, 15/55-56, 15/68, 15/82, 15/145). Nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung am 6. Februar 2014 (Urk. 15/152) teilte sie dem Versicherten formlos mit, dass für die Kniebeschwerden mangels Kausalität kein Leistungsanspruch bestehe (Urk. 15/151). Da er sich hiermit nicht einverstanden zeigte (Urk. 15/159, 15/183), erliess sie nach Vorliegen weiterer Stellungnahmen des Kreisarztes (Urk. 15/160, 15/184) am 3. Juni 2014 eine entsprechende formelle Verfügung (Urk. 15/187). Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 15/201) wies sie mit Entscheid vom 4. September 2014 ab (Urk. 15/221). Dieser erwuchs unangefochten in Rechtskraft (vgl. Urk. 1 S. 3 und Urk. 14 Ziff. 9).

E. 1.3

Inzwischen sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten mit Verfügung vom 26. Juni 2014 – bestätigt mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2014.00837 vom 29. Januar 2016 – eine befristete ganze Invalidenrente für die Monate März bis Mai 2014 zu (Urk. 15/200). Die Suva klärte den medizinischen Sachverhalt indes weiter ab (Urk. 15/159, 15/169, 15/192, 15/205, 15/210, 15/213, 15/219, 15/234, 15/236, 15/243/3ff., 15/258), holte einen Auszug der Akten bei der Invalidenversicherung ein (Urk. 15/244) und tätigte umfassende Abklärungen bezüglich der erwerblichen Verhältnisse (Urk. 15/237, 15/242, 15/247, 15/252). Nachdem sie dem Versicherten bereits mit formlosem Schreiben vom 3. November 2014 angekündigt hatte, die Heilungskosten- und Taggeldleistungen per 31. Januar 2015 einzustellen (Urk. 15/227), sprach sie ihm mit Verfügung vom 31. Dezember 2014 eine Integritätsentschädigung von Fr. 18'900.-- zu, verneinte aber einen Rentenanspruch (Urk. 15/254). Dagegen erhob der Versicherte am 27. Januar 2015 Einsprache (Urk. 15/261) und reichte weitere Arztberichte (Urk. 15/266, 15/276, 15/277, 15/282) nach. Mit Entscheid vom 28. Juli 2015 wies die Suva die Einsprache ab

(Urk. 15/283).

E. 1.4

Am 31. August 2015 ersuchte der Versicherte die Suva unter Beilage aktueller Arztberichte (Urk. 15/284-286, 15/290) um Weiterausrichtung der Tagelder und wies unter anderem erstmals auf psychische Beschwerden hin (Urk. 15/287). Die Suva teilte ihm hierauf mit, grundsätzlich an ihrem letzten Entscheid festzuhalten, aber ihre Leistungspflicht noch im Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden zu prüfen (Urk. 15/293). Eine solche verneinte sie schliesslich mit Verfügung vom 28. Oktober 2015 mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychischer Störung (Urk. 15/309; vgl. auch Urk. 15/311). Die dagegen vom Versicherten unter Beilage eines weiteren Arztberichts (Urk. 15/313) erhobene Einsprache, datiert vom 13. November 2015 (Urk. 15/312), wies die Suva mit Entscheid vom 11. Dezember 2015 wiederum ab (Urk. 15/320). Inzwischen waren zwei weitere Arztberichte bei der Suva eingegangen (Urk. 15/306 und 15/319). 2.

Mit Beschwerde vom 9. September 2015 (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/3-10) im Prozess Nr. UV.2015.00160 beantragte der Versicherte dem Sozialversicherungsgericht, die Suva sei unter Aufhebung des Einspracheentscheides vom 28. Juli 2015 (Urk. 2) zu verpflichten, ab dem 1. Februar 2015 weiterhin die Heilkosten zu übernehmen und Taggeldleistungen zu erbringen. Eventualiter sei ihm eine 100%-Rente zuzusprechen, subeventualiter nach weiteren Abklärungen neu zu verfügen (Urk. 1). Die Suva schloss in der Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Auf eine separate Stellungnahme zur späteren Eingabe des Versicherten vom 13. November 2015 (Urk. 8; Beilage Urk. 9) verzichtete sie (Urk. 17). Die Eingabe der Suva wurde dem Versicherten zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 19).

Mit Beschwerde vom 29. Januar 2016 (Urk. 20/1) im Prozess Nr. UV.2016.00031 verlangte der Versicherte unter Verweis auf die Begründung im bereits hängigen Beschwerdeverfahren, den Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2015 (Urk. 20/2) ebenfalls aufzuheben und die Verfahren zu vereinigen. Eventualiter sei die Suva zu verpflichten, für die psychischen Unfallfolgen die Heilungskosten zu übernehmen und Taggeldleistungen auszurichten. Das Sozialversicherungsgericht vereinigte die beiden Verfahren mit Verfügungen vom 12. Februar 2016 unter der Prozess-Nr. UV.2015.00160, schrieb den Prozess Nr. UV.2016.00031 als dadurch erledigt ab und setzte der Suva Frist zur Beantwortung der zweiten Beschwerde an (Urk. 20/3 und 21). In der Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2016 verwies diese auf ihre Eingabe vom 13. Januar 2016 und schloss wiederum auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 24). Die Eingabe wurde dem Versicherten zur Kenntnis gebracht (Urk. 25), Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hat im Einspracheentscheid vom 28. Juli 2015 (Urk. 2 Ziff. 3a) die gesetzlichen Bestimmungen betreffend den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG] in Verbindung mit Art. 7 und 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) zutreffend dargelegt. Darauf kann ebenso verwiesen werden wie auf die rechtlichen Ausführungen zur Ermittlung des Invaliditätsgrades nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG), einschliesslich der Festsetzung des Invalideneinkommens mittels Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen der Suva (sog. DAP-Zahlen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_443/2016 vom 11. August 2016 E. 4 mit Hinweisen auf BGE 129 V 472 E. 4.2.1 und BGE 139 V 592) und der

Massgeblichkeit des hypothetisch aus geglichen Arbeitsmarktes (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2012 vom 12. Februar 2013 E. 5.2 mit Hinweisen). Richtig wiedergegeben hat die Beschwerdegegnerin

im Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2015 (Urk. 20/2 Ziff. 2) auch die Rechtsprechung zum für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden, insbesondere zur sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_806/2009 vom 15. Januar 2010 E. 4.1.1, 8C_584/2010 vom 11. März 2011 E. 4.2-3 und 8C_496/2014 vom 21. November 2014 E. 4.2-3). Soweit Ergänzungen und Präzisierungen angezeigt sind, erfolgen diese in den entsprechenden Erwägungen. 2.

2.1

In ihrem Entscheid vom 28. Juli 2015 stützte sich die Beschwerdegegnerin vorab auf die kreisärztliche Beurteilung der Restbeschwerden vom 5. November 2014 (Urk. 2 Ziff. 2) sowie das vom Kreisarzt am 6. Februar 2014 erstellte und am 16. Dezember 2014 präzierte Belastungsprofil (Urk. 2 Ziff. 4). Die kreisärztliche Einschätzung entspreche derjenigen von Dr. Z.____. Die Angaben von Dr. A.____ würden sich indes explizit nur auf die Kniebeschwerden beziehen (Urk. 2 Ziff. 5b). Von weiteren Abklärungen seien somit keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten (Urk. 2 Ziff. 6). Sodann sei dem vom Beschwerdeführer angegebenen Valideneinkommen von 12 x Fr. 5'000.-- ein anhand der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) auf Fr. 62'381.-- festgelegtes Invalideneinkommen gegenüberzustellen (Urk. 2 Ziff. 4 und 5a). Es sei zu bedenken, dass der Beschwerdeführer an der Universität in Pristina studiert habe und gemäss eigenen Angaben im Lebenslauf über gute Deutschkenntnisse verfüge (Urk. 2 Ziff. 5c).

Im Entscheid vom 11. Dezember 2015 erwog die Beschwerdegegnerin mit Blick auf BGE 115 V 133, es handle sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (Urk. 20/2 Ziff. 4a). Bei der Prüfung der einzelnen Adäquanzkriterien seien organisch nicht hinreichend erklär bare Beschwerden nicht miteinzubeziehen (Urk. 20/2 Ziff. 4d). Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklich keit des Unfalls sei angesichts der Rechtsprechung nicht erfüllt (Urk. 20/2 Ziff. 4b). Dasselbe gelte für das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung (Urk. 20/2 Ziff. 4c). Ebenso wenig könne von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Daran ändere nichts, wenn trotz vieler Medikamente und Therapien eine Beschwerdefreiheit bzw. vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausbleibe (Urk. 20/2 Ziff. 4e). Nicht substantiiert geltend gemacht sei eine ärztliche Fehlbehandlung (Urk. 20/2 Ziff. 4f). Das Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen Arbeitsunfähigkeit sei nicht erfüllt, wenn die körperlichen Einschränkungen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zulassen würden. Dazu sei auf die kreisärztliche Beurteilung vom 6. Februar 2014 hinzuweisen (Urk. 20/2 Ziff. 4g). Da die verbleibenden Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und der körperlichen Dauerschmerzen gemäss Aktenlage jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise erfüllt seien, könne offen bleiben, ob diese überhaupt vorliegen würden (Urk. 20/2 Ziff. 4h). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Einschränkungen sei daher zu verneinen (Urk. 20/2 Ziff. 4i). 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren entgegen, vorab gestützt auf die medizinischen Berichte vom Januar 2015 sei davon auszugehen, dass sich die

Beschwerden im Sprunggelenk seit dem 6. Februar 2014 wesentlich verschlimmert hätten. Er wolle jetzt die von Dr. Z.____ empfohlene Operation durchführen. Dabei sei darauf zu achten, dass wegen der operationswürdigen Kniebeschwerden keine vollständige Immobilität entstehe. Angesichts des andauernden Behandlungsbedarfs erweise sich der Fallabschluss per 31. Januar 2015 als zu früh erfolgt. Dies müsse umso mehr gelten, als eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer schweren depressiven Episode bestehe. Diese sei eindeutig reaktiv auf die unfallbedingten körperlichen Beschwerden. Bei ausgewiesener 100%-Arbeitsunfähigkeit, insbesondere auch aus psychischen Gründen, bestehe rückwirkend ab 1. Februar 2015 Anspruch auf weitere Übernahme der Heilkosten und Ausrichtung von Taggeldern (Urk. 1 Ziff. 4; ferner Urk. 8).

Andernfalls bestehe Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil sei ebenso unrealistisch wie dies bezüglich der herangezogenen DAP-Blätter der Fall sei. Angesichts der schweren sekundären Arthrose, verbunden mit einem ausgeprägten Reizzustand, und der schlimmer gewordenen Schwellungstendenz könne ihm selbst eine sitzende Tätigkeit nicht ganztags zugemutet werden. Er sei auf ausgedehnte Pausen und eine Hochlagerung des Fusses angewiesen. Schon aufgrund der depressiven Erkrankung sei er zu 100 % arbeitsunfähig, wobei das Ereignis im Bereich der mittelschweren Unfälle einzuordnen sei und die Adäquanzkriterien mehrheitlich erfüllt seien. So handle es sich um eine mehrfragmentäre und sehr komplizierte Fraktur, die einen schwierigen Heilungsverlauf habe erwarten lassen. Die ärztliche Behandlung sei als überdurchschnittlich lange zu betrachten bzw. noch gar nicht abgeschlossen. Zudem seien körperliche Dauerschmerzen in ausgeprägtem Ausmass ausgewiesen. Ebenso sei von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen auszugehen, zumal die Entfernung des Osteosynthesematerials die Schmerzen verschlimmert habe. Auch die Voraussetzung der lange andauernden physischen Arbeitsunfähigkeit könne ohne Weiteres als gegeben erachtet werden (Urk. 1 Ziff. 5). Subeventualiter sei zumindest eine umfassende gutachtliche Abklärung angezeigt (Urk. 1 Ziff. 6). 2.3

Zur Begründung der Abweisung der Beschwerden hob die Beschwerdegegnerin hervor, dass Dr. Z.____ die 50%-Arbeitsunfähigkeit vorab mit Einschränkungen beim Gehen/Stehen begründet habe, weshalb in angepassten Tätigkeiten keine zeitliche Einschränkung anzunehmen sei. In seinem späteren Bericht habe er die Symptomatik als bekannt und den Leidensdruck am Knie als grösser bezeichnet, was gegen eine Verschlechterung der Problematik des Sprunggelenks spreche. Dr. B.____ erwähne als einziger eine Einsteifung des Gelenks bzw. einen Morbus Sudeck, berücksichtige die unfallfremde psychische Problematik und argumentiere klar vor dem Hintergrund seiner Vertrauensstellung als Hausarzt. Dr. C.____ und Dr. D.____ würden keine neuen Diagnosen stellen. Ersterer äussere sich zudem nur zur Tätigkeit als Taxifahrer und berücksichtige unfallfremde Komponenten. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. E.____ beruhe primär auf subjektiven Angaben, wobei zudem die unfallfremden Kniebeschwerden im Vordergrund stünden. Schliesslich beurteile Dr. F.____ die unfallfremde psychische Problematik als massgebend (Urk. 14 Ziff. 14.2).

Zusammenfassend hätten eine ausgeprägte Schwellungstendenz und eine Arthrose als Befunde bereits Mitte 2013 vorgelegen und Eingang in die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit gefunden. Eine Verschlechterung sei deshalb nicht ausgewiesen. Auch eine Operationsabsicht könne aus den Berichten nicht abgeleitet werden, vielmehr sei eine Operation vom Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt strikte abgelehnt worden. Bei

Ausschöpfung der konservativen Massnahmen und fehlender Kausalität der psychischen Beschwerden sei der Fallabschluss somit korrekt erfolgt (Urk. 14 Ziff. 14.3). Im Übrigen seien die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der DAP erfüllt, den medizinischen Unterlagen seien keine Hinweise auf die Notwendigkeit von ausgedehnten Pausen oder Hochhalten des Fusses zu entnehmen und die Adäquanz der psychischen Beschwerden sei gestützt auf die Urteile des Bundesgerichts 8C_933/2014 vom 22. April 2015 und 8C_116/2009 vom 26. Juni 2009 klar zu verneinen (Urk. 14 Ziff. 14.4).

E. 3

wurden zudem Veränderungen im rechten Knie festgestellt (MRI, Urk. 15/137).

E. 3.1

Im Operationsbericht vom 3. Januar 2012 diagnostizierte Dr. med. G.____, Chef arzt der Traumatologie im H.____, eine Talusluxationsfraktur Hawkins III links mit mehrfragmentärer Fraktur des Malleolus medialis und der antero-medialen Gelenkklippe sowie einer wenig dislozierten lateralen Malleolarfraktur. Noch am Tag des Selbstunfalls sei beim Beschwerdeführer deshalb die Indikation zur notfallmässigen offenen Reposition und Osteosynthese gestellt und operiert worden (Urk. 15/14). Ergänzend ist dem assistenzärztlichen Bericht vom 19. Januar 2012 zu entnehmen, der Beschwerdeführer werde voraussichtlich während drei Monaten zu 100 % arbeitsunfähig sein, wobei in acht Wochen mit dem Behandlungsabschluss zu rechnen sei (Urk. 15/10).

Zum postoperativen Verlauf berichtete Dr. G.____ am 15. März 2012, die Schmerzen seien deutlich rückläufig und die Schwellung im Bereich des Fusses habe sich deutlich gebessert. Die Arbeitsunfähigkeit habe er aktuell bei 100 % belassen. Sobald sich die Mobilität jedoch weiter verbessert habe, könne der Beschwerdeführer die Arbeit sicherlich wieder aufnehmen (Urk. 15/22). Das Ergebnis knapp sechs Monate postoperativ beurteilte Dr. G.____ als weiterhin gut. Der Beschwerdeführer fühle sich noch unsicher und habe vor allem Angst, schwere Lasten für seine Kunden zu tragen. Er empfehle daher zur Stabilisierung des Gelenks einen Künzli-Schuh. Danach könne der Beschwerdeführer ab Juli 2012 wieder zu 25 % arbeiten und nach zwei Monaten das Arbeitspensum für zwei Monate auf 50 % steigern. Damit sei er voraussichtlich ab September 2012 wieder arbeitsfähig (Urk. 15/36). Dazu erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem Suva-Mitarbeiter, er könne die attestierte 25%-Arbeitsfähigkeit nicht umsetzen, da er die Kunden von der Taxizentrale zugewiesen erhalte und nicht nachfragen könne, ob schweres Gepäck einzuladen oder zu tragen sei. Gleichzeitig informierte er ihn über seine Ferienabwesenheit von Mitte Juli bis Mitte August 2012 (Urk. 15/40). Schliesslich einigten sich die beiden unter Einbezug des Kreis arztes auf eine Arbeitsfähigkeit von 25 % ab 1. August 2012 (Urk. 15/41), von 50 % ab 1. Oktober 2012 und von 75 % ab 1. November 2012 (Urk. 15/46 und 15/48).

Am 13. Dezember 2012 berichtete Dr. G.____, der Beschwerdeführer arbeite mittlerweile zu 50 % als Taxifahrer. Er klage vor allem noch über Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenks. Das Gangbild zeige sich deutlich hinkend. Die Beschwerden seien am ehesten im Sinne einer Impingement-Symptomatik interpretierbar. Bei nun komplett konsolidierter Fraktur empfehle er eine zumindest partielle Entfernung des Osteosynthesematerials. In der gleichen Sitzung könne die Narbe korrigiert und das obere Sprunggelenk arthroskopiert werden. Zudem sollte der Sporn im Bereich des Corpus Tali entfernt werden, um die Impingement-Symptomatik zu verbessern. Die Arbeitsunfähigkeit

betrage weiterhin 50 % (Urk. 15/54).

E. 3.2

Am 20. Dezember 2012 fand die erste kreisärztliche Untersuchung statt. Anlässlich derselben erläuterte der Beschwerdeführer dem Facharzt für Chirurgie, Dr. med. I.____, Probleme bestünden bei unebenem Boden oder Treppensteigen. Unangenehm und schmerzhaft sei zudem die sitzende Position im Auto bei angezogenem linkem Bein. Nach der Arbeit sei das Sprunggelenk geschwollen. Er arbeite zu 50 %, d.h. er nehme täglich Arbeits- und Standzeiten von fünf bis sechs Stunden wahr (Urk. 15/56/2 f.). Der Kreisarzt stellte bezüglich Sprunggelenk / Unterschenkel links eine Weichteilschwellung, eine leichte benachbarte Muskelatrophie, eine Bewegungseinschränkung und eine Belastungsintoleranz fest. Es bestünden belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen. Bandapparat und Gelenkstabilität seien erhalten (Urk. 15/56/6). Ferner wies er auf groteske Verrenkungen des Beschwerdeführers beim Absinken in die Kauerstellung und eine lange Stabilisationsphase beim Einbeinstand hin, der zuvor spontan problemlos gelungen sei (Urk. 15/56/3). Er schlussfolgerte, dass der Verlauf eher zögerlich, die Konsolidation der Frakturen letztlich aber problemlos sei. Belastungsfähigkeit und Beweglichkeit hätten zugenommen, die Schwellung abgenommen. Daraus folge eine stufenweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/56/5). Die 50%-Arbeitsunfähigkeit bei idealer beruflicher Tätigkeit als Taxichauffeur sei eher grosszügig. Aufgrund der vorgesehenen Metallentfernung werde eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % ab Januar 2013 bestätigt. Vier Wochen später werde die volle Einsatzfähigkeit erreicht, sofern es keine grösseren Komplikationen gebe (Urk. 15/56/7; vgl. auch Urk. 15/57/2). Zur nicht Prozessgegenstand bildenden Integritätsentschädigung führte er aus, der Gelenkspalt sei erhalten, aber die Funktion eingeschränkt. Arthrotische Veränderungen würden rasch auftreten. Strukturveränderungen bestünden an beiden Malleolen, am Talus und an der Tibia (Urk. 15/55/1).

Hierzu erklärte der Beschwerdeführer am 3. Januar 2013 gegenüber dem Suva-Mitarbeiter wiederum, er sehe keine Möglichkeit, seine Arbeitsfähigkeit auf 75 % oder mehr zu steigern (Urk. 15/58).

E. 3.3

Am 4. Februar 2013 wurden beim Beschwerdeführer eine Arthroskopie und Arthrolyse des oberen Sprunggelenks links durchgeführt, wobei sämtliches Osteosynthesematerial entfernt wurde. Gemäss Operationsbericht von Dr. G.____, datiert vom 8. Februar 2013, zeigte sich das Gelenk postoperativ stark geschwollen und schmerzte. Man habe deshalb nach vier Tagen eine Hämatomausräumung und Abnahme der Bakteriologie durchgeführt (Urk. 15/66/1). Am 21. März 2013 diagnostizierte Dr. G.____ erstmals post traumatische Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk. Ferner wies er darauf hin, dass für April 2013 ein Arbeitsversuch mit einem 25%-Pensum angedacht sei, das im Verlauf sukzessive zu steigern sei (Urk. 15/78/2).

E. 3.4

Der Kreisarzt Dr. I.____ hatte bereits am 22. Februar 2013 bestätigt, dass es unerwartet zu Komplikationen gekommen sei (Urk. 15/68). Die zweite kreisärztliche Untersuchung durch ihn und im Beisein des Kreisarztes Dr. med. J.____, ebenfalls Facharzt für Chirurgie, fand am 17. April 2013 statt. Der Beschwerdeführer gab an, nach der Metallentfernung sei alles

schlimmer geworden. Er sei häufig zuhause, um wegen der Schmerzen den Fuss hoch zulagern. Beim Bewegen habe er Schmerzen im Sprunggelenk, vor allem beim Beugen und Strecken. Nach Belastung zeige sich auch eine Schwellung. Auf unebenem Boden sei es am schlimmsten. Wenn er fort gehe, fahre er mit dem Auto. Er nehme in der näheren Umgebung Termine wahr oder kaufe ein. Die Therapie beinhalte Spezialschuhe, zweimal wöchentlich Physiotherapie (lokale Bewegungsübungen/Massagen) und täglich zwei bis fünf Schmerztabletten (Dafalgan, Tramal). Es sei ihm langweilig gewesen und stelle deshalb eine Erleichterung dar, dass er nun wieder zu 25 % – konkret zwei bis zweieinhalb Stunden pro Tag – arbeite. An den Stammpätzen müsse er jeweils im Minimum eine Stunde warten, bis er an der Reihe sei (Urk. 15/82/3). Der Kreisarzt hielt im Besonderen fest, der Verlauf sei weiter hin protrahiert mit Schwellungen, Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung trotz physiotherapeutischer Behandlungen. Es finde sich eine Überwärmung der gesamten Region. Die Reizsituation habe sich in den letzten Wochen nur langsam beruhigt (Urk. 15/82/6). Beim Treppensteigen und -heruntergehen hinke der Beschwerdeführer links stark, habe aber mit dem falschen Bein begonnen und vereinzelt Stell- oder Wechselschritte gezeigt, d.h. die Kraftverteilung sei unbestimmt auf beide Sprunggelenke (Urk. 15/82/4). Trotz der betonenden, demonstrativen Darstellung der Beschwerden sei es vom klinischen Befund her nachvollziehbar, dass er in Bezug auf Belastungs- und Gehfähigkeit am linken Sprunggelenk erheblich eingeschränkt sei. Ziel sei es dennoch, dass er die Tätigkeit als Taxifahrer per 1. Juni 2013 wieder in vollem Umfang aufnehmen, auch wenn noch Restfolgen vorhanden seien (Urk. 15/82/7 f.).

Dazu erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem Suva-Mitarbeiter, sein Taxi sei mit einem Automatikgetriebe ausgestattet und er suche mit dem Fuss während der Fahrt immer wieder eine geeignete Ruheposition. Er gehe aber davon aus, in Zukunft nur noch 50 % arbeiten zu können (Urk. 15/83).

E. 3.5

Im Bericht vom 10. Mai 2013 wies Dr. G.____ auf das deutlich hinkende Gangbild (keine Gehhilfe), die deutliche Druckdolenz und die diffuse Schwellung sowie die fehlenden Hinweise auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom hin. Da er die Beschwerden nur schwer objektivieren konnte, vereinbarte er ein MRI (Urk. 15/90). In der bildgebenden Untersuchung vom 21. Mai 2013 fand sich alsdann eine Osteonekrose der medialateralen Talusrolle mit Demarkation eines ca. 1,5 x 1 cm grossen nekrotischen Areals und umgebender Insuffizienzfraktur. Weiter zeigte sich eine dekonfigurierte bzw. abgeflachte Talusrolle mit hochgradiger Chondromalazie bzw. einer posttraumatischen Arthrose im oberen Sprunggelenk. Dazu wurde auf ein begleitendes Knochenmarksödem der distalen Tibia, des Talus sowie reaktiv des Processus lateralis des Calcaneus hingewiesen. Letztlich erwähnt wurden auch ein Gelenkerguss sowie ein ausgeprägtes begleitendes Weichteilödem (Urk. 15/91). Infolgedessen überwies Dr. G.____ den Beschwerdeführer am 30. Mai 2013 zur Beurteilung der Fussbeschwerden an Dr. Z.____ (Urk. 15/93).

Zwischenzeitlich, am 29. August 2013, suchte der Beschwerdeführer die Notfallstation des H.____ auf. Im dazugehörigen Bericht wurde ihm eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 9. Oktober 2013 attestiert. Der Beschwerdeführer habe über eine Beschwerdeprogredienz seit ca. zwei Monaten berichtet. Er habe zunehmend starke Schmerzen im Sprunggelenk links, z.T. verbunden mit ausgeprägter Schwellung über dem oberen Sprunggelenk, so dass selbst das Arbeitspensum von 25 % kaum möglich sei. Festzustellen sei eine ausge dehnte Schwellung über dem gesamten oberen Sprunggelenk in den Fuss rücken auslaufend ohne

Rötung, aber diffus druckdolent und bei weitgehend aufgehobenem Bewegungsradius. Das Röntgenbild zeige ferner im Vergleich zu den Vorbefunden progrediente degenerative Veränderungen im oberen Sprunggelenk (Urk. 15/103). Nach der Sprechstunde vom 9. Oktober 2013 verlängerte Dr. G.____ die volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende Monat und wies ferner darauf hin, dass der Beschwerdeführer wegen der neuen, nun im Vordergrund stehenden Knieproblematik rechts bei Dr. A.____ in Behandlung sei (Urk. 15/112). Gemäss Feststellungsblatt der Invalidenversicherung zum Beschluss vom 18. März 2014 hielt Dr. G.____ in einem weiteren Bericht vom 9. Oktober 2013 fest, seitens des linken Fusses wäre eine teilweise Wieder eingliederung in den Arbeitsprozess zu mindestens 25 % sicherlich möglich (vgl. Urk. 15/244/2).

E. 3.6

Der für die Fussbeschwerden beigezogene Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in der Anamnese seines Berichts zur Konsultation vom 13. August 2013 fest, dass der Beschwerdeführer seit der Schraubenentfernung mehr Schmerzen verspüre. Es bestünden Anlaufschmerzen morgens, wie auch belastungsabhängige Schmerzen, so dass er weiterhin einen Gehstock benötige. Er sei beunruhigt, weil seit zwei bis drei Monaten auch Knieschmerzen rechts ohne aufgetretenes Trauma bestünden. Beim Befund wies Dr. Z.____ auf die ausgeprägte Schwellung des gesamten Rückfusses sowie die starke Druckdolenz über dem oberen und unteren Sprunggelenk bei deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit hin. Bei persistierendem Leidensdruck müsse eine Arthrodesese des oberen Sprunggelenks durchgeführt werden – aufgrund der zumindest partiellen nekrotischen Talusituation mit einem vaskularisierten Beckenkammspan, um die Wahrscheinlichkeit einer Konsolidation zumindest zu erhöhen. Da der Beschwerdeführer verständlicherweise grossen Respekt vor weiteren Komplikationen habe, wolle dieser den aktuellen Zustand aber noch behalten. Er selbst denke nicht, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen gesteigert werden könne und empfehle eine Begutachtung bzw. allenfalls eine Rente zu definieren. Den Hausarzt bitte er, die Kniebeschwerden abzuklären (Urk. 15/98; vgl. auch Urk. 15/105/2 f.).

In Ergänzung dazu teilte Dr. Z.____ der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers am 5. September 2013 mit, er erachte diesen für alle stehenden und gehenden Tätigkeiten zu ca. 90 % arbeitsunfähig. Als Taxifahrer mit einem Automatikgetriebe sei er, da es sich um den linken Fuss handle, zu höchstens 50 % arbeitsfähig. Die 50%-Arbeitsunfähigkeit sei mit den täglichen Schmerzen mit Schwellungszuständen und der klaren Einschränkung beim Gehen und Stehen zu erklären, da er so Kunden beim Tragen und Verstauen von Gepäck nicht sehr gut betreuen könne (Urk. 15/105).

Wie dem vorerwähnten Feststellungsblatt der Invalidenversicherung zum Beschluss vom 18. März 2014 ferner zu entnehmen ist, erklärte Dr. Z.____ in einem weiteren Bericht vom 21. Oktober 2013 sodann ausdrücklich, dass der Beschwerdeführer zumindest für alle körperlich anstrengenden Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig bleiben würde. Für stark angepasste Tätigkeiten – mehrheitlich sitzend mit nur kurzen Wechseln zum Stehen und Gehen – solle er indes wieder eine 100%-Arbeitsfähigkeit erreichen können. Als Taxifahrer bestehe jedoch das Problem, dass er beim Ein- und Ausladen von Gepäck material behilflich sein sollte, was aufgrund seines Fussleidens nicht möglich sein werde (vgl. Urk. 15/244/3).

E. 3.7

Zur Abklärung der Kniebeschwerden erfolgte am 2. September 2013 ein MRI des rechten Kniegelenks. Der Befund von Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, lautete: wenig Gelenkserguss, tiefer und grosser Knorpelschaden der Trochlea mit Geröllzysten und intrakartilaginären Osteophyten, leichte Knorpel schäden retropatellär sowie synoviale Chondromatose (Urk. 15/137).

Im Rahmen einer ambulanten Kniebehandlung vom 4. September bis 11. Oktober 2013 (Urk. 15/243/3) berichtete Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie am 11. Oktober 2013, die Beschwerden hätten durch die Wassertherapie und die lokale respektive orale entzündungshemmende Therapie gebessert. Das Condrosulf werde auch als positiv empfunden. Bei verbesserter Situation werde eine Infiltrationsbehandlung vorerst aufgespart. Das vom Beschwerdeführer gewünschte gelenk ersetzende Vorgehen sei angesichts dessen Alters und Erwartungshaltung nicht die richtige Option. Man habe ausführlich über eine Gewichtsreduktion gesprochen (Urk. 15/111).

E. 3.8

Am 6. Februar 2014 nahm Dr. J.____ die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vor, wobei er dem Beschwerdeführer vorab erklärte, die Kniebeschwerden seien nicht auf den Unfall zurückzuführen. Der Beschwerdeführer machte daraufhin geltend, er könne nicht stehen und nicht bzw. nur mit dem Stock gehen. Treppensteigen sei brutal. Seit Entfernung der Schraube sei alles schlimmer geworden. Der Fuss schwellt tagsüber an, sobald er etwas mache. Bei Wetteränderungen oder beim Drehen im Bett habe er Schmerzen. Das ganze Bein sei berührungsempfindlich und auch die linke Fusssohle schmerze. Er besuche zweimal pro Woche die Physiotherapie und nehme täglich 3 Tabletten (Naproxen, Dafalgan) ein. Als Taxifahrer habe er ein Automatikgetriebe und hebe/trage nur noch selten Gepäck (Urk. 15/152/2 f.). Der Kreisarzt kam zum Schluss, subjektiv bestünden persistierende, belastungs abhängige Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und ein Anschwellen. Objektiv finde sich ein Erguss im Bereich des Sprunggelenks, eine Bewegungseinschränkung und eine Umfangsvermehrung des linken Unterschenkels. Aus medizinischer Sicht sinnvoll seien eine Arthrolyse des oberen Sprunggelenks sowie Künzli-Stabilschuhe. Eine Weiterführung der Physiotherapie vermöge an der Situation hingegen nichts Wesentliches mehr zu ändern. Gefolgt werden könne der Auffassung von Dr. Z.____, dass als Taxichauffeur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Möglich seien jedoch auch körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne längeres Stehen oder Gehen, ohne häufiges Treppensteigen und ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Tätigkeiten in Zwangshaltungen wie kniende Positionen oder im Hocksitz. Unter Beachtung der genannten Einschränkungen sei eine 100%-Arbeitsfähigkeit möglich. Die Kniebeschwerden befand der Kreisarzt als nicht überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt. So finde sich keinerlei zeitnahe ärztliche Dokumentation und im MRI vom 2. September 2013 würden sich lediglich degenerative Veränderungen zeigen (Urk. 15/152/5 f.; vgl. auch Urk. 15/145).

In der anschliessenden Besprechung mit der Sachbearbeiterin der Suva erklärte der Beschwerdeführer, sobald er mehr als ein bis zwei Stunden gehen müsse, habe er starke Schmerzen und einen geschwollenen Fuss. Momentan könne er nicht mehr als 25 bis 35 % arbeiten. Nach längerem Sitzen habe er starke Schmerzen vor allem auch im rechten Knie. Er könne den Kunden nicht beim Ein- und Ausladen der Gepäckstücke helfen. Er wolle mehr arbeiten, sei jedoch sicher, nicht mehr als ein 50%-Pensum zu erreichen. Da ihm niemand eine Verbesserung nach einer weiteren Operation versprechen könne, wolle er

dieses Risiko nicht eingehen (Urk. 15/150/1).

E. 3.9.1

In der Folge ersuchte der Beschwerdeführer diverse Ärzte um eine Stellungnahme. Zunächst berichtete Dr. G.____ am 13. Februar 2014, der Beschwerdeführer habe ihn verzweifelt wegen der versicherungsrechtlichen Probleme aufgesucht und glaubwürdig über nach dem Unfall beginnende und schlimmer werdende Knieschmerzen berichtet (Urk. 15/159).

E. 3.9.2

Am 11. Mai 2014 nahm Dr. A.____ mit Bezug auf die erstmalige Untersuchung am 4. September 2013 ausführlich Stellung zur Unfallkausalität der Knieschmerzen. Zur kreisärztlichen Beurteilung bemerkte er indes nur, dass er keine Stellung nehmen könne, da er den Beschwerdeführer hinsichtlich des Sprunggelenks nicht betreut habe. Als Spezialarzt für Kniechirurgie würde sich seine Angaben ausschliesslich auf die Beschwerden im rechten Knie beziehen (Urk. 15/183). Zu ergänzen ist, dass er in einem undatierten Bericht zuhanden der IV-Stelle präzisierte, es bestünden Knieschmerzen nach längerem Sitzen „im PKW“. Dazu prognostizierte er bei progressiv posttraumatischer degenerativer Veränderung eine Beschwerdezunahme und wies darauf hin, dass er kein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt habe. In der bisherigen Tätigkeit bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit dem Kniegelenk. Eine Belastung desselben sei nach Massgabe der Beschwerden möglich. Zu vermeiden sei das Heben schwerer Lasten und die Tätigkeit sollte abwechselnd sitzend/stehend sein (Urk. 15/243/4). Nach einer ausserplanmässigen Konsultation am 17. Juli 2014 notierte Dr. A.____ ausserdem, der Beschwerdeführer nehme aktuell kein Chondrosulf, weil ihm dieses ausgegangen sei. Ebenso die Voltarensalbe. Eine Gewichtsabnahme sei noch nicht erfolgt. Soweit dies im Nativröntgenbild beurteilbar sei, deute sich eine Verschmälerung des Gelenkspaltes an. Es sei eine konsequente Chondrosulf-Therapie respektive lokale und orale Entzündungshemmung weiterzuführen. Eine begleitende Infiltrationsbehandlung sei sinnvoll, da diese zu einer deutlichen Reduktion des Leidensdrucks führen könne. Ein operativer Eingriff sei möglichst zu vermeiden (Urk. 15/210).

E. 3.9.3

Am 17. Juli 2014 suchte der Beschwerdeführer auch Dr. Z.____ auf. Dieser hielt fest, es bestehe immer noch eine starke Schwellung des gesamten Rück- und Mittelfusses links mit Druckdolenz um den gesamten Rückfuss. Es bestehe keine vermehrte Beweglichkeit bei intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität sowie weiterhin gut palpablen Pulsen. Die therapeutischen Optionen seien gleich geblieben, da keinerlei Besserung der Schwellung und Beschwerden eingetreten sei. Eine weitere Bildgebung habe aktuell keine Konsequenz und werde deshalb nur bei positiver Entscheidung für die Operation vereinbart (Urk. 15/213 und 15/236).

E. 3.9.4

Dazwischen, am 7. Juli 2014, hatte Dr. med. B.____, der Hausarzt des Beschwerdeführers, zu den bleibenden Nachteilen erklärt, seiner Einschätzung nach würden diese das rechte Knie und das linke Sprunggelenk (Einsteifung) betreffen. Er bitte darum, das Knie als Unfallfolge anzuerkennen. Der Beschwerdeführer könne nicht mehr als 50 % arbeiten (Urk. 15/205).

E. 3.9.5

Schliesslich befasste sich auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle mit dem Untersuchungsergebnis des Kreisarztes. Der RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, kam am 28. Februar 2014 zum Schluss, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derzeit stabil sei. Für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer sei auf die UVG-Akten/Unfallscheine und den Kreisarztbericht vom 6. Februar 2014 abzustellen. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit 6. Februar 2014 bis auf Weiteres 50 %. Voraussetzung sei ein Taxifahrzeug mit Automatikgetriebe. Für eine angepasste Tätigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom gleichen Arbeitsunfähigkeitsverlauf auszugehen und erst ab 6. Februar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % unter Beachtung des von Dr. J.____ formulierten Belastungsprofils anzunehmen (Urk. 15/244/5).

Zum Einwand des Beschwerdeführers im invalidenversicherungsrechtlichen Vorbescheidverfahren, dass es widersprüchlich sei, in der angestammten (sitzenden) Tätigkeit als Taxifahrer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil von Dr. J.____ eine solche von 100 % anzunehmen, wies derselbe RAD-Arzt am 11. Juni 2014 darauf hin, dass die Auswirkung der Befunde und Diagnosen betreffend das Kniegelenk auf die Arbeitsfähigkeit bereits in den weitgehenden Einschränkungen durch die Sprunggelenksproblematik subsumiert sei. Als Taxifahrer bestehe sodann keine Möglichkeit, im Bedarfsfall bei auftretenden Schmerzen

und/oder Verkrampfungen sofort die Körperhaltung zu ändern (z.B. aufzu stehen, den Fuss/das Bein zu strecken oder zu bewegen), während dies bei anderen Tätigkeiten im Regelfall durchaus möglich sei. Davon abgesehen müsse ein Taxifahrer oft auch Gepäckstücke der Fahrgäste in den Kofferraum heben bzw. herausnehmen und gelegentlich auch tragen (z.B. in Gebäude, über Treppen oder unebenes Gelände; Urk. 15/244/32 f.).

E. 3.10

Für den Kreisarzt Dr. J.____ boten die vorstehenden Arztberichte keinen Anlass, sein Untersuchungsergebnis zu überdenken (Urk. 15/160 und 15/184). Seinerseits erfuhr einzig die frühere Einschätzung des Integritäts schadens von Dr. I.____ eine Änderung von 10 auf neu 15 %. Dazu führte Dr. J.____ am 5. November 2014 aus, es sei zwar noch keine Arthrodeese durchgeführt worden, jedoch wäre diese bei den posttraumatischen Änderungen indiziert und sei dem Beschwerdeführer bereits vorgeschlagen worden (Urk. 15/234). Darüber hinaus präziserte er am 15. Dezember 2014 auf Anfrage der Suva-Mitarbeiterin das Belastungsprofil insofern, als körperlich leichte Tätigkeiten das Heben und Tragen von Lasten bis höchstens 10 kg beinhalten würden (Urk. 15/252).

E. 3.11.1

Nach Erhalt der Verfügung vom 31. Dezember 2014 liess sich der Beschwerdeführer erneut umfassend mittels bildgebender Untersuchung abklären. Der Facharzt für Chirurgie und Interventionelle Schmerztherapie, Dr. med. C.____, erklärte am 29. Januar 2015 zum linken oberen Sprunggelenk, es bestehe eine Talusnekrose mit Kollaps und Fragmentierung der Talusrolle sowie Ausbildung einer schweren sekundären Arthrose, die aktuell einen ausgeprägten Reizzustand aufweise. Durch die Instabilität bestehe mechanischer Stress im Bereich der Aussen- und Innenbänder sowie der Syndesmose (vgl. MRI-Bericht vom 27. Januar 2015, Urk. 3/3). Als klinischen Befund zum Sprunggelenk links hielt er eine Schwellung mit Gelenkergussbildung, ein Weichteilödem betreffend den gesamten Unter

schenkel, eine Wackelsteife mit sofortiger Schmerzreaktion und eine Druckdolenz des Malleolus medialis, weniger lateralis, des Talus und des Kalkaneus fest. Weiter wies er auf eine Überwärmung der gesamten Region sowie den hinkenden Gang hin. Er kam zum Schluss, dass sich infolge der Talusluxationsfraktur eine schwere Talusnekrose entwickelt habe, welche die Beschwerdesymptomatik des linken Sprunggelenks erkläre. Das rechte Kniegelenk weist hauptsächlich eine retropatelläre Knorpelschädigung auf, die auch unfallunabhängig auftreten könne. Operative Massnahmen würden vom Beschwerdeführer strikte abgelehnt, so dass er ihm nach wirkungsloser Physiotherapie und Ausschöpfung mehrerer konservativer Versuche keine Therapie anbieten könne. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit als Taxichauffeur habe Dr. Z.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % empfohlen. Dieser Meinung könne er folgen. Er werde aber keine Bewertung der vorhergehenden Berichte, von Behandlungsfehlern sowie Fragen zur Unfallkausalität vornehmen. Die Antworten diesbezüglicher Fragen seien ausführlich und klinisch nachvollziehbar in der Patientenakte dokumentiert und würden in der Neu Beurteilung den Inhalt eines Gutachtens füllen (Urk. 15/266/2 f.).

E. 3.11.2

Hierauf diagnostizierte Dr. B.____ am 1. Juni 2015 bezüglich des Sprunggelenks eine Osteonekrose der Talusrolle bei einem Zustand nach Talusfraktur links im September 2011 mit chronischem lokalem Schmerzsyndrom (Morbus Sudeck) und fast kompletter Gelenkeinstellung. Unter Berücksichtigung sämtlicher somatischer und psychischer Diagnosen attestierte er dem Beschwerdeführer sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/5).

E. 3.11.3

Dr. med. E.____, Oberarzt in Muskulo-Skelettal-Zentrum, Orthopädie Untere Extremitäten, der M.____ kam am 23. Juni 2015 zum Schluss, grundsätzlich sehe man eine Operationsindikation zur Arthroskopie des rechten Kniegelenks, Erhebung des Binnenstatus, tiefer Microfrakturierung im Bereich der lateralen Trochleawange, Entfernung der Plica infra patellaris und sämtlicher freier Gelenkkörper. Diese Operation würde aber eine 8- bis 9-wöchige Teilbelastung des rechten Beines mit voller Belastung des linken Beines notwendig machen. Dies sei indes aufgrund der Gesamtsituation des linken oberen Sprunggelenks nicht möglich, weshalb man darauf zum jetzigen Zeitpunkt bei eher milder Pathologie im Bereich des Kniegelenks nicht eingehen wolle. Es bestehe ganz klar die Gefahr, dass der Beschwerdeführer längere Zeit auf einen Rollstuhl angewiesen sein könnte, was die Gesamtkonstellation signifikant verschlechtern würde auch im Sinne der Adipositas per magna. In diesem Sinne bitte man zunächst die Kollegen von der Fusschirurgie um Evaluation im Bereich des Sprunggelenks, damit eine belastbare Situation produziert werden könne (Urk. 15/277/2).

E. 3.11.4

Dr. Z.____ erklärte in seinem Bericht vom 9. Juli 2015 gestützt auf die Konsultation am 19. Mai 2015, es bestehe die bekannte ausgeprägte Schwellung über dem Rückfuss links mit ersichtlicher Verkürzung des Beines. Die Rückfussstellung sei bei stabilen Verhältnissen und intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität noch gut. Aus den letzten MRI-Bildern sei ein Kollaps des Talus mit entsprechender Arthrose im oberen Sprung- und Subtalargelenk ersichtlich. Da der Leidensdruck am Kniegelenk grösser sei, wünsche der Beschwerdeführer dort eine Sanierung, sofern dies operativ möglich sei

(Urk. 15/282).

E. 3.11.5

Am 11. August 2015 veranlasste Dr. med. N.____, Oberarzt der Fusschirurgie in der O.____, ein CT des Sprunggelenks. Dieses zeigte eine Nekrose mit Kollaps des postero-lateralen Talusdoms bis fast an das untere Sprunggelenk reichend. Er zog den Schluss, dass links angesichts der Weichteilverhältnisse und des Bonestock nur mit erheblichem Aufwand ein operatives Vorgehen denkbar sei, wobei nach einem Eingriff damit zu rechnen wäre, dass die Wunde schlecht schliessen würde. Gegebenenfalls wäre also ein VAC-Verband primär notwendig und erwartungsgemäss eine fast dreimonatige Teilbelastung im Rollstuhl zu diskutieren. Für den Beschwerdeführer stehe momentan indes das rechte Knie subjektiv im Vordergrund. Dieser werde mit den vorhandenen Stöcken versuchen, die rechte Seite zu entlasten um festzustellen, ob die nach einem Eingriff rechts zwingend notwendige Teilbelastung links umzusetzen wäre (Urk. 15/286).

E. 3.11.6

Am 29. September 2015 berichtete Dr. E.____, dass man in nochmaliger Evaluation des gesamten Falles und eingehender Befundbesprechung zum jetzigen Zeitpunkt keine zwingende Operationsindikation betreffend das rechte Kniegelenk sehe, auch im Sinne der wahrscheinlich nicht möglichen Rehabilitation. Die Versagenswahrscheinlichkeit sei deutlich erhöht mit der Gefahr, dass der Beschwerdeführer sich in eine schlechtere als die Ausgangssituation begeben werde. Der Beschwerdeführer berichte, zum jetzigen Zeitpunkt das hohe Risiko der Operation des linken Sprunggelenks nicht eingehen zu wollen (Urk. 15/306). Dem letzten Bericht von Dr. E.____ vom 30. November 2015 ist schliesslich zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über eine Beschwerdeverbesserung im Knie zufolge Physiotherapie und Einnahme von Calcium und Vitamin D berichte. Grundsätzlich wünsche dieser nun prinzipiell die Operation im Bereich des linken oberen Sprunggelenks. Man bitte Dr. N.____ um ein Aufgebot (Urk. 15/319).

E. 3.12.1

Es bleibt anzufügen, dass Dr. B.____ in seinem Bericht vom 1. Juni 2015 neben den somatischen Beschwerden eine reaktive Depression wegen chronischer Gelenkschmerzen diagnostizierte und darauf hinwies, dass der Beschwerdeführer eine massive psychische Verschlechterung erlitten habe sowie zunehmend psychosozial isoliert sei. Dieser sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 15/276).

E. 3.12.2

Nach Erlass des Einspracheentscheids vom 28. Juli 2015 ging bei der Beschwerdeführerin zudem ein auf eine Anfrage der Rechtsschutzversicherung vom 22. April 2015 bezugnehmender Bericht des Arztes F.____ ein. Dieser diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und attestiert dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von zurzeit 100 %, besonders aufgrund des depressionsbedingten Konzentrationsverlusts und einer schweren depressiven Stimmung sowie der weiteren Symptome (Antriebslosigkeit, Zukunftsängste, Kopfschmerzen, Schmerzen im linken Fussgelenk und im rechten Knie, Magenbeschwerden, innere Unruhe, Konzentrationsminderung, Grübeln, Interessenverlust, vermindertes Selbstwertgefühl mit Selbstmordgedanken). Eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz zur kreisärztlichen Beurteilung sah F.____ in der Zeitspanne zwischen den beiden Berichten (6. Februar 2014 und 23. März 2015) und beurteilte den psychischen

Zustand als ausschlaggebend für die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/290).

E. 3.12.3

Im Bericht vom 4. November 2015 notierte F.____ bei gleicher Diagnose zum psychopathologischen Befund: Der Beschwerdeführer sei von seinen Schmerzen kaum ablenkbar. Psychomotorisch sei er unauffällig. Es bestünden keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen, aber seit längerem Ein- und Durchschlafstörungen mit Albträumen. Im Affekt sei der Beschwerdeführer sehr depressiv. Abgesehen von Grübeln über seine jetzige Situation bestünden keine formalen Denkstörungen. Ebenfalls seien keine inhaltlichen Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen vorhanden. Indes bestünden Zukunftsängste, Konzentrationsstörungen, Grübeln, eine innere Unruhe, ein reduziertes Selbstwertgefühl und ein reduzierter Antrieb. Manchmal habe der Beschwerdeführer Selbstmordgedanken, aufgrund der Kinder bestünde jedoch keine Selbstmordgefahr. Hauptursache der Depression seien die anhaltenden Schmerzen im linken Fussgelenk, die daraus bestehende sehr begrenzte Arbeitsfähigkeit und deren negativen finanziellen Folgen (Urk. 15/313).

E. 4.1

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

E. 4.2

Hervorzuheben ist mit Blick auf die Argumentation des Beschwerdeführers, ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur oder Physiotherapie

– zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten

Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil e 8C_6 39/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3 und 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E.5.3; vgl. auch Urteil des). Demnach steht ein Behandlungsbedarf allein dem Fallabschluss nicht per se entgegen, da medizinische Massnahmen auch bloss einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirken können und sollen, ohne dass eine Besserung zu erwarten wäre.

Zweitens ist zu betonen, dass allfällige noch behandlungsbedürftige psychische Leiden im Rahmen der Psycho-Praxis keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses darstellen, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_892/2015 vom 29. April 2016 E. 4.1). Da vorliegend zudem bereits rechtskräftig entschieden wurde, dass seitens der Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Kniebeschwerden besteht (vgl. Sachverhalt E. 1.2), ist für die Frage des Fallabschlusses somit einzig die Sprunggelenksproblematik massgebend.

E. 4.3

Die kreisärztliche Abschlussuntersuchung erfolgte bereits im Februar 2014. Im Wesentlichen stellte Dr. J.____ damals als Einschränkungen einen Erguss im Bereich des Sprunggelenks, eine Bewegungseinschränkung und eine Umfangsvermehrung des linken Unterschenkels fest. Aus medizinischer Sicht als sinnvoll erachtete er eine Arthrodeese sowie Künzli-Stabilschuhe, wohingegen er sich von der Fortsetzung der Physiotherapie keine Verbesserung der Situation mehr versprach. Infolgedessen attestierte er dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 50 % in der angestammten, aber 100 % in einer angepassten, körperlich leichten und überwiegend sitzenden Tätigkeit (vgl. E. 3.8).

Diese Beurteilung steht im Einklang mit denjenigen des Fussspezialisten Dr. Z.____. Dieser hatte im September bzw. Oktober 2013 ebenfalls eine ausgeprägte Schwellung des gesamten Rückfusses mit starker Druckdolenz über dem Sprunggelenk und deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit festgestellt. Ebenso hatte er eine Arthrodeese vorgeschlagen. Da der Beschwerdeführer diese ablehnte, wies Dr. Z.____ explizit darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht zu steigern sei. Die 50%-Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit begründete er mit den täglichen Schmerzen im Zusammenhang mit den Schwellungszuständen sowie der klaren Einschränkung beim Gehen/Stehen bzw. beim Ein- und Ausladen des Gepäcks. Als erreichbar erachtete indes auch er eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer stark angepassten Tätigkeit, mehrheitlich sitzend mit nur kurzen Wechseln zum Stehen und Gehen (vgl. E. 3.6). Im Juli 2014 berichtete Dr. Z.____ erneut über eine „immer noch“ starke, nicht gebesserte Schwellung mit Druckdolenz, keine vermehrte Beweglichkeit und unveränderte therapeutische Optionen (vgl. E. 3.9.3). Im ersten Halbjahr 2014 stufte ferner auch der RAD die Beurteilung von Dr. J.____ als schützenswert ein und erläuterte nachvollziehbar, dass die Tätigkeit als Taxifahrer im Vergleich zu anderen sitzenden Tätigkeiten keine Möglichkeit biete, bei Schmerzen oder Verkrampfungen sofort die Körperhaltung zu ändern, und auch die Handhabung von Gepäckstücken beinhalte (vgl. E. 3.9.5). Keine Bedeutung beizumessen ist im Übrigen den Berichten von Dr. A.____, der

selbst klarstellte, dass seine Beurteilung die Sprunggelenksproblematik nicht mit einschliesse (vgl. E. 3.9.2).

Im Januar 2015 berichtete Dr. C.____ gestützt auf neue Bilddokumente wiederum, dass operative Massnahmen vom Beschwerdeführer strikte abgelehnt würden und er ihm nach wirkungsloser Physiotherapie und Ausschöpfung mehrerer konservativer Versuche keine Therapie anbieten könne. Darüber hinaus erklärte er, der Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. Z.____ von 50 % als Taxichauffeur folgen zu können. Im Juli 2015 erklärte Dr. Z.____ selbst nochmals, es bestehe die „bekannte“ ausgeprägte Schwellung, wobei aus den letzten MRI-Bildern ein Kollaps des Talus mit entsprechender Gelenksarthrose ersichtlich sei (vgl. E. 3.11.4). Der nachfolgenden Einschätzung von Dr. O.____ vom August 2015 ist zu entnehmen, dass ein operatives Vorgehen mit einem erheblichen Aufwand verbunden und damit zu rechnen wäre, dass die Wunde schlecht schliesse und eine fast dreimonatige Teilbelastung im Rollstuhl zu diskutieren wäre (vgl. E. 3.11.5). Gemäss Bericht von Dr. E.____ vom September 2015 wollte der Beschwerdeführer dieses Risiko nicht eingehen. Erst im November 2015 – offensichtlich im Zusammenhang mit dem Einspracheverfahren betreffend die Verfügung vom 28. Oktober 2015 – teilte Dr. E.____ mit, dass der Beschwerdeführer nun prinzipiell die Operation im Bereich des oberen Sprunggelenks wünsche (vgl. E. 3.11.6).

E. 4.4

Zusammenfassend erfolgte der Fallabschluss per 31. Januar 2015 unter Einstellung des Taggeldes und Prüfung des ordentlichen Rentenanspruchs (sowie einer Integritätsentschädigung) gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG somit rechtens. Zu jenem Zeitpunkt waren die konservativen Therapiemöglichkeiten bezüglich des Sprunggelenks gemäss einhelliger Auffassung der konsultierten Ärzte längst ausgeschöpft und eine Operation wurde vom Beschwerdeführer abgelehnt. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von Dr. Z.____ wurde sodann von allen Ärzten, soweit sie sich dazu äusserten, geteilt. Dabei weisen seine Ausführungen sowie diejenigen von Dr. O.____ auch klar darauf hin, dass im Falle einer Operation des Sprunggelenks eher mit Komplikationen als einer relevanten Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen wäre. Mit einer massgeblichen Besserung des Gesundheitszustandes war daher im Januar 2015 nicht mehr zu rechnen. Unklar bleibt übrigens, ob die Operation inzwischen tatsächlich durchgeführt wurde.

E. 5

bis 6 Arbeitsstunden pro Tag (vgl. E. 3.2), was umgerechnet auf die übliche Wochenarbeitszeit von knapp 42 Stunden bereits ein Arbeitspensum von 60 % ergibt.

Es kommt hinzu, dass sich Anzeichen für Aggravationstendenzen des Beschwerdeführers finden. So wies Dr. P.____ auf die betonte, demonstrative Darstellung der Beschwerden und groteske Verrenkungen hin (vgl. E. 3.2 und E. 3.4). Die innere Einstellung des Beschwerdeführers wider spiegelt sich zudem in der laufend wiederholten Aussage, er werde höchstens noch 50 % arbeiten können, und zwar jeweils schon Wochen im Voraus, bevor er ein höheres Arbeitspensum hätte umsetzen müssen oder ein Eingriff durchgeführt wurde (vgl. E. 3.2, 3.4 und 3.8).

E. 5.1

Keiner weiteren Erläuterung bedarf nach dem vorstehend Gesagten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unfallkausalen rein somatischen Beschwerden seit mindestens Januar 2015 in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil von Dr. J.____ zu 100 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.8 und 3.10). Diese Auffassung wird sowohl von Dr. Z.____ (vgl. E. 3.6), als auch Dr. L.____ (vgl. E. 3.9.5) und Dr. C.____ (vgl. E. 3.11.1) geteilt, obschon ihre Beurteilungen mehrere Monate bis Jahre auseinanderliegen und sich jeweils auf aktuelle Bilddokumente stützen.

E. 5.2

Es bleibt mit Blick auf die Argumentation des Beschwerdeführers anzufügen, dass in keinem der oberwähnten medizinischen Berichte ein erhöhter Pausenbedarf in einer adaptierten Tätigkeit thematisiert wird. Obschon alle Ärzte die Schwellungszustände dokumentierten und bei der angestammten Tätigkeit mit einer Reduktion des Arbeitspensums berücksichtigten, leiteten sie daraus für eine adaptierte Tätigkeit weder ein zeitlich reduziertes Arbeitspensums noch eine verminderte Leistungsfähigkeit im Rahmen der Präsenzzeit ab. Die diesbezüglichen Ausführungen zum Gepäck und der Zwangshaltung, vorab von Dr. L.____ (vgl. E. 3.9.5), sind einleuchtend. Was der Hausarzt Dr. B.____ gegen die Arbeitsfähigkeitseinschätzung vorbringt, ist nicht fundiert und vermag bereits in Anbetracht des in seinen Formulierungen deutlich zum Ausdruck kommenden Vertrauensverhältnisses zum Beschwerdeführer und seiner fehlenden orthopädischen Fachkenntnisse nicht zu überzeugen. Darüber hinaus berücksichtigt er bei der zuletzt attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch die psychischen Beschwerden mit (vgl. E. 3.11.2). Aus somatischer Sicht ebenso wenig gegen eine 100 %-Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten spricht die übervorsichtige Formulierung von Dr. G.____, eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sei zu sicherlich mindestens 25 % möglich. Diese begründet sich wiederum mit der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 124 V 351 E. 3.b/cc). Dr. G.____ hatte den Beschwerdeführer dazumal bereits mehrfach operiert und behandelte ihn seit Dezember 2011 (vgl. E. 3.1 und 3.3). Ausserdem ist es naheliegend, dass sich seine Aussage – ohne vorgängige Erwähnung eines Belastungsprofils – nur auf die Arbeit als Taxifahrer bezog.

E. 5.3

Nicht zuletzt ist festzustellen, dass das in den Akten definierte Belastungsprofil genau den Einschränkungen Rechnung trägt, die der Beschwerdeführer selbst wiederholt geltend machte. So erklärte er gegenüber dem Suva-Mitarbeiter, die 25%-Arbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar, weil er bei der Taxizentrale nicht bezüglich des Gepäcks zurückfragen könne (vgl. E. 3.1). Bei Dr. P.____ gab er an, er habe Probleme auf unebenem Boden, beim Treppensteigen und in sitzender Position im Auto bei angezogenem linkem Bein (vgl. E. 3.2). Nach der Entfernung des Osteosynthesematerials erklärte er Dr. P.____ gegenüber, er habe beim Bewegen, insbesondere beim Beugen und Strecken, Schmerzen im Sprunggelenk und nach Belastung zeige sich eine Schwellung (vgl. E. 3.4). Ebenso machte er gegenüber Dr. Z.____ belastungsabhängige Schmerzen geltend (vgl. E. 3.6). Bei Dr. J.____ sprach er ebenfalls von „brutalem“ Treppensteigen. Ebenso wies er darauf hin, dass der Fuss anschwellen, sobald er etwas mache und er hebe/trage nur noch selten Gepäck. In der Abschlussbesprechung mit der Suva-Mitarbeiterin erklärte er, sobald er mehr als ein bis zwei Stunden gehen müsse, habe er starke Schmerzen und einen geschwollenen Fuss.

Ausserdem habe er nach län gerem Sitzen vor allem Schmerzen im Knie und könne den Kunden auch nicht mit den Gepäckstücken helfen (vgl. E. 3.8). Es leuchtet deshalb selbst aufgrund der eigenen Leidensdarstellung des Beschwerdeführers ein, dass seine Arbeitsfähigkeit uneingeschränkt ist, wenn er keine schweren Lasten heben oder tra gen, nicht lange gehen oder stehen und mit den unteren Extremitäten keine Zwangs haltung einnehmen muss. Bei geringerer Belastung vermindern sich die Schwellungszustände. Dies führt zu weniger Schmerzen und lässt diese über windbar erscheinen. So gab der Beschwerdeführer selbst an, sein 50%-Arbeits pensum als Taxifahrer entspreche

E. 6.1

Hinsichtlich allfälliger psychischer Beschwerden ist vorab festzuhalten, dass es zulässig ist, die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang offen zulassen mit der Begründung, ein solcher wäre gegebenenfalls nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1, Urteil des Bun desgerichts 8C_417/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 2.3). Es spricht folglich nichts dageg en, zunächst die Adäquan z zu prüfen, wobei unbestritten ist, dass die sog. Psycho-Praxis zu r Anwendung gelangt.

E. 6.2.1

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlan gen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähig keit 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 Unfall- ereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehens- ablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale bzw. leichte Unfälle einer seits, 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). Für die Einteilung massgebend ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

E. 6.2.2

Die Parteien sind sich einig, dass es sich um einen mittelschweren Unfall handelt, wobei die Beschwerdegegnerin von einem solchen an der Grenze zu den leichten Unfällen ausgeht. Dem Polizeirapport ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer einen Inselschutzpfosten anfuhr. Dabei konnte die Polizei an den Unfallörtlichkeiten keine Reifen- bzw. Blockierspuren dem Unfall fahrzeug zuordnen und schloss aufgrund der geringen Reifenprofiltiefe sowie der prekären Strassenverhältnisse (nass, teilweise Schneematsch) nicht aus, dass der Personenwagen ins Rutschen gekommen war. Alsdann fuhr der Beschwerdeführer gemäss eingelegtem Fahrtschreiber-Einlageblatt unmittel bar vor der Kollision 60 km/h. Beim Aufprall wurde die Fahrzeugfront einge drückt. Den Sachschaden schätzte die Polizei auf Fr. 50'000.– (Urk. 7/15/5). Das Unfallereignis ist daher vergleichbar mit dem Sachverhalt, wie er dem Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.1 zugrunde lag. In jenem Urteil kam ein Personenwagen auf verschneiter Autobahn ins Schleudern und prallte mit 70 km/h frontal in die Mittelleitschranke aus Beton. Nach Auffassung des Bundesgerichts war jener Geschehenslauf offen sichtlich schwerwiegender als eine bloss e Auffahrkollision in ein

stehendes Auto, welche praxisgemäss dem mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Fällen zugeordnet wird. Dies muss somit auch für den vorliegenden Unfall gelten.

Angesichts des unstrittigen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte ist deshalb von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen mittleren Bereich auszugehen.

E. 6.3.1

Die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Unfallfolgen ist folglich zu bejahen, wenn eines der nachfolgenden Adäquanzkriterien ausgeprägt erfüllt ist oder drei solcher Kriterien gegeben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_496/2014 vom 21. November 2014 E. 4.2.3 und 8C_550/2012 vom 1. Februar 2012 E. 5.3 und 6.1): besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (vgl. BGE 115 V 133 E. 6b). Die Kriterien sind unter Ausschluss psychischer Aspekte, also einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten des Gesundheitsschadens, zu prüfen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; aktuell Urteil des Bundesgerichts 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E. 6.1).

E. 6.3.2

Nach Auffassung der Beschwerdegegnerin sind allenfalls die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und der körperlichen Dauerschmerzen in nicht sehr ausgeprägter Weise erfüllt (vgl. E. 2.1). Der Beschwerdeführer erachtete zusätzlich die drei Kriterien der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen sowie der lange andauernden physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als gegeben (vgl. E. 2.2). Aufgrund des geschilderten Unfallhergangs zu Recht nicht geltend gemacht hat der Beschwerdeführer das Kriterium der besonderen Begleitumstände und Eindrücklichkeit (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E. 6.2.2 und 8C_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7). Ebenfalls mit den Parteien übereinstimmend ist festzustellen, dass im Lichte der medizinischen Akten keine ärztliche Fehlbehandlung ausgewiesen ist.

E. 6.3.3

In BGE 140 V 356 E. 5.5.1 hat sich das Bundesgericht näher mit dem Kriterium der Verletzungen auseinandergesetzt und die Kasuistik gemäss seinem Urteil SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, 8C_398/2012 E. 6.2.1 f., wiedergegeben. Bejaht worden sei das Kriterium etwa: bei Wirbelkörperfrakturen, wobei dem erhöhten Risiko von Lähmungserscheinungen und den im konkreten Fall wiederholt erforderlich gewesen operativen Eingriffen Rechnung getragen worden sei (Urteil 8C_488/2011 vom 19. Dezember 2011 E. 5.2); bei einer instabilen Fraktur eines Lendenwirbels, wobei man berücksichtigt habe, dass sich der Versicherte damit eine für einen mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizierenden Unfall relativ schwere Verletzung zugezogen habe, welche zu dem nach ärztlicher Einschätzung erfahrungsgemäss geeignet sei, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (Urteil 8C_116/2009 vom 26. Juni 2009 E. 4.3); bei einem Kehlkopftrauma mit partiellem Abriss der Luftröhre und Erstickengefahr (RKUV 2005

Nr. 555 S. 322, U 458/04 E. 3.5.1). Verneint worden sei das Kriterium unter anderem: bei einer luxierten, subkapitalen 3-Fragment-Humerusfraktur links (Urteil 8C_744/2009 vom 8. Januar 2010 E. 11.2); bei einem von den Ärzten als schwer bezeichneten Polytrauma mit Thorax- und Abdominaltrauma sowie offenen Gesichtsschädelfrakturen (Urteil 8C_197/2009 vom 19. November 2009 E. 3.6); bei einem Fersenbeinbruch (Urteil 8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.3); bei einer traumatischen Milzruptur, Rippenserienfraktur mit Hämato pneumothorax links und Rissquetschwunde frontal am Kopf links (Urteil 8C_396/2009 vom 23. September 2009, Sachverhalt A und E. 4.5 .6); bei einem akuten linksbetonten Cervicocephal- und Lumbovertebralsyndrom (Urteil 8C_249/2009 vom 3. August 2009 Sachverhalt A und E. 8.3); bei einer Beckenstauchung mit rezidivierenden ISG-Blockaden und aktivierter Ileitis rechts (Urteil 8C_275/2008 vom 2. Dezember 2008 E. 3.3.2); bei Frakturen im Gesichtsbereich (Urteil 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.4); bei einer Com motio cerebri, Rissquetschwunde parietal sowie Schürfung an Gesicht, Knien und Händen (Urteil U 151/04 vom 28. Februar 2005 E. 5.2.2); bei Rippenfrakturen, diversen Kontusionen und Kopfprellung (Urteil U 272/03 vom 25. August 2004 E. 4.3). Daraus habe man für das damals zu beurteilende Polytrauma (mit Milzruptur und Mageneinriss, Hämato pneumothorax beidseits, Rippenserienfraktur links 2-12, Rippenfraktur rechts 4 und 6, Brustbeinfraktur mit retro sternalem Hämatom, LWK 4-Querfortsatz fraktur, Fraktur des Schulterblatts links, Schlüsselbeinbruch links, Herzprellung mit Pericarderguss zirkulär 3 mm) geschlossen, das Kriterium sei erfüllt, liege aber nicht in besonderer Ausprägung vor, auch wenn die versicherte Person potentiell lebensgefährliche Verletzungen erlitten habe und längere Zeit intensivmedizinisch betreut worden sei.

Der Beschwerdeführer mag sich eine komplizierte Talusluxationsfraktur zugezogen haben. Nichtsdestotrotz war grundsätzlich zu erwarten, dass diese nach wenigen Monaten ausgeheilt und er wieder voll in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig sein würde (vgl. E. 3.1). Die in Aussicht gestellte Arthrodese/Gelenkversteifung ist denn auch nicht mit einer akuten Lebens- oder Lähmungsgefahr (z.B. durch einen Wirbelbruch) gleichzusetzen. In Anbetracht der vorstehend dargelegten Kasuistik (z.B. zum Ellbogen) war die erlittene Verletzung somit weder besonders schwer noch erfahrungsgemäss geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Es bleibt anzufügen, dass eine mehrmonatige Immobilisierung durchaus für eine schwerwiegende Verletzung sprechen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_933/2014 vom 22. April 2015 E. 3.2.2.1). Um psychische Folgen bewirken zu können, muss diese allerdings auch eingetreten und nicht bloss theoretischer Natur sein. Dafür bestehen vorliegend nach wie vor keine Anhaltspunkte.

E. 6.3.4

Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2). Dabei reichen nach der bundesgerichtlichen Praxis für die Bejahung dieses Kriteriums Abklärungsmassnahmen, ärztliche Verlaufskontrollen, medikamentöse Therapie sowie Physiotherapie nicht aus. Indes liess das Bundesgericht in seinem Urteil 8C_12/2016 vom 1. Juni 2016 E. 7.3.3 durchblicken, dass eine längere Arbeitsunfähigkeit selbst in einer aus somatischer Sicht adaptierten Tätigkeit (sicher mehr als ein Jahr) oder der unplanmässige Verlauf nach einer Operation als Indizien für die Erfüllung des Kriteriums gelten.

Der Beschwerdeführer wurde im Dezember 2011 und zweimal im Februar 2013 am Sprunggelenk operiert, wobei der postoperative Verlauf und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit letzten Endes jeweils nicht den Erwartungen entsprachen. Obschon der Behandlungsabschluss ursprünglich nach acht Wochen geplant war, wurde der Beschwerdeführer Anfang 2014 noch immer vom Operateur Dr. G.____ betreut (vgl. E. 3.9.1). Im Herbst 2013 wurde von Dr. Z.____ erstmals festgestellt, dass von medizinischen Massnahmen keine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten sei. Er attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Taxifahrer und eine zu erreichende von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.6). Dr. J.____ erklärte im Februar 2014 schliesslich ausdrücklich, dass die Weiterführung der Physiotherapie an der Situation nichts Wesentliches mehr zu ändern vermöge und attestierte dieselbe Arbeitsfähigkeit wie Dr. Z.____ (vgl. E. 3.8). Gemäss Dr. L.____ ist überwiegend wahrscheinlich für die angestammte und angepasste Tätigkeit vom gleichen auszugehen und erst ab Februar 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen (vgl. E. 3.10). Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer eine weitere Operation vorgeschlagen, die der Beschwerdeführer aber erst Ende 2015 ernsthaft in Erwägung zog (vgl. E. 3.11.6). Mit Blick auf die konkrete Verletzung, für welche eine Behandlungsdauer von acht Wochen geplant war, kann somit von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden, nachdem bei stockender Heilung innerhalb rund eines Jahres nach den entsprechenden Abklärungen dreimal operiert wurde und in dieser Zeit keine volle Arbeitsfähigkeit erreicht wurde.

E. 6.3.5

Das Kriterium der Dauerschmerzen setzt voraus, dass in der ganzen Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss durchgehend körperliche Schmerzen bestehen, die auf organisch nachweisbare, unfallkausale Befunde zurückgehen. Psychische Beschwerden können selbst dann nicht in die Beurteilung der Adäquanz einbezogen werden, wenn sie körperlich imponieren (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_359/2008 vom 18. Dezember 2008 E. 6.4 und 8C_933/2014 vom 22. April 2015 E. 3.2.2.3).

Die Beschwerdegegnerin lässt offen, ob dieses Kriterium erfüllt ist. Die Erfüllung ist angesichts der unter E. 3 aufgeführten Befunde (z.B. Schwellungszustände, Überwärmung), die sich über den gesamten Zeitraum jeweils auf aktuelle Bilddokumente und ausführliche klinische Untersuchungen stützen, indes nicht zu bezweifeln.

E. 6.3.6

Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf, sondern auch auf die Arbeitsunfähigkeit in einer zumutbaren Tätigkeit in einem anderen Beruf (Art. 6 Abs. 1 ATSG; Urteile des Bundesgerichts vom 3. Februar 2012 E. 7.3.6 mit Hinweisen und 8C_933/2014 vom 22. April 2015 E. 3.2.2.5). Als nicht gegeben erachtete das Bundesgericht dieses Kriterium in seinem aktuellen Urteil 8C_12/2016 vom 1. Juni 2016 E. 7.3.3, nachdem die Verleserte ein Jahr nach dem Unfall aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig war (vgl. auch vorerwähntes Urteil 8C_933/2014 E. 3.2.2.5 in Verbindung mit Sachverhalt A.).

Zur Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer schlussfolgerte Dr. I.____ im Dezember 2012, die 50%-Arbeitsunfähigkeit sei eher grosszügig bemessen und der Beschwerdeführer erreiche vier Wochen nach dem für Januar 2013 geplanten Eingriff wieder die volle Einsatzfähigkeit

(vgl. E. 3.2). Indes kam es nach der Arthroskopie zu Komplikationen (vgl. E. 3.3), weshalb Dr. I.____ als neues Ziel die Wiederaufnahme der 100%-Tätigkeit per 1. Juni 2013 definierte. Bereits nach der Konsultation im August 2013 attestierte Dr. Z.____ dem Beschwerdeführer aber dauerhaft nur noch eine 50%-Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.6). Diese Einschätzung gilt gemäss einhelliger Auffassung der Ärzte bis heute (vgl. E. 3.7-3.10). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten erfolgte dementsprechend erstmals im Herbst 2013. Dr. Z.____ berichtete am 21. Oktober 2013, für stark angepasste Tätigkeiten sollte eine 100%-Arbeitsfähigkeit „erreichbar“ sein (vgl. E. 3.6). Dr. J.____ bestätigte im Februar 2014 eine aktuell bestehende Arbeitsfähigkeit von 100 % (vgl. E. 3.8). Schliesslich erklärte Dr. L.____, es sei für angepasste Tätigkeiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom gleichen Arbeitsunfähigkeitsverlauf wie für die Taxifahrer-Tätigkeit auszugehen und erst ab 6. Februar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzunehmen (vgl. E. 3.10). Die somatischen Beschwerden führten somit zu einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwischen 100 und 50 % auch in angepassten Tätigkeiten während mehr als zwei Jahren. Dies genügt für die Bejahung des dritten Adäquanzkriteriums.

E. 6.3.7

Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen darf nicht schon aus der ärztlichen Behandlung (z.B. lange Dauer, Einnahme vieler Medikamente) und den geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf vielmehr besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte, reicht allein nicht aus (Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.3 und 8C_626/2009 vom 9. November 2009 E. 4.3 je mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer nannte als besonderen Grund, die Entfernung des Osteosynthesematerials habe nicht die versprochene Wirkung gebracht und die Schmerzen hätten sich seither verschlimmert. In der Tat musste nach vier Tagen erneut operiert werden (vgl. E. 3.3). Ferner veränderte sich die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer vor und nach der Entfernung des Osteosynthesematerials massgeblich, wobei Dr. I.____ auch explizit Komplikationen einräumte (vgl. E. 3.2, 3.4 und später E. 3.7). Der erwartete Heilungsprozess bzw. die positiven Auswirkungen der Entfernung des Osteosynthesematerials blieben aus, die Arbeitsfähigkeitseinschätzung wurde von Beginn an bis im Herbst 2013 kontinuierlich revidiert. Auch dieses Adäquanzkriterium ist erfüllt.

E. 6.4

Zusammenfassend sind somit vier Adäquanzkriterium gegeben, wobei grundsätzlich offengelassen werden kann, ob sie nur in der einfachen Form oder in ausgeprägtem Ausmass erfüllt sind. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Autounfall als mittelschwerem Unfall und allfälligen psychischen Beeinträchtigungen ist gegeben. Die lange Latenzzeit genügt zudem nicht ohne Weiteres zur Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhanges (Urteil des Bundesgerichts U 381/01 vom 9. April 2002 E. 4.a.cc). Auf die Berichte des behandelnden Arztes F.____ kann ferner nicht abgestellt werden, da diese zu wenig Aufschluss über das psychische Leiden geben (z.B. Befunde, Auswirkungen im Alltag, Therapierbarkeit; vgl. E. 3.11.2-3). Dabei gilt es auch der bereits mehrfach erwähnten Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen

mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Darüber hinaus ist unklar, wann bzw. wie oft der Beschwerdeführer diesen Arzt überhaupt aufsuchte.

E. 7

Nach dem Gesagten sind der Fallabschluss per Ende Januar 2015 und das Abstellen aus somatischer Sicht auf eine 100%-Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss von Dr. J.____ definiertem Belastungsprofil nicht zu beanstanden. Da der Beschwerdeführer ausser dem Zumutbarkeitsprofil an sich keine konkreten Einwände gegen die DAP-Profile vorbringt (vgl. E. 2.2), erübrigen sich weitere Ausführungen dazu. Indes hat die Beschwerdegegnerin die bisher gänzlich ungeklärte Frage, ob invalidenversicherungsrrechtlich relevante psychische Beschwerden bestehen, abzuklären, nachdem ein natürlicher Kausalzusammenhang gegebenenfalls adäquat wäre. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Die angefochtenen Verfügungen sind daher aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der entsprechenden Abklärungen, einschliesslich einer Gesamtwürdigung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer und psychischer Sicht, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gegebenenfalls wird die Beschwerdegegnerin auch die Auswahl der DAP-Profile zu überprüfen haben.

E. 8

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), wobei aber zu berücksichtigen ist, dass der Einspracheentscheid vom 28. Juli 2015 nur mit Blick auf eine gegebenenfalls nötige Gesamtwürdigung von somatischen und psychischen Beschwerden aufgehoben wird. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat daher Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung. Diese ist nach § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses sowie eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) festzusetzen. Dabei ist insbesondere dem erheblichen Umfang der Akten sowie der Tatsache Rechnung zu tragen, dass in der zweiten Beschwerdeschrift auf die erste verwiesen wurde. Demnach ist dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 28. Juli 2015 und 11. Dezember 2015 aufgehoben werden und die Sache an die Suva zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der vorstehenden Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Rechtsanwalt Christian Leupi - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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