

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00089

vom 31. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00089

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00089 du 31 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00089 del 31 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1963, war als Junior-Texter bei der Y.____ AG angestellt und bei der Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG

(nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich am 20. August 1987 bei einem Motorradunfall eine drittgradig offene Talusluxationsfraktur mit Ruptur der Syndesmose am linken oberen Sprunggelenk (OSG), eine Durchtrennung der Flexorsehnen superficialis und profundus am linken Zeigefinger sowie eine Schulterluxation links zuzog. Die Fussverletzung wurde gleichentags mittels Talusschraubenosteosynthese und Syndesmosenstellschraube operativ behandelt (Urk. 11/M1.1-2). Im Oktober 1987 wurden die Stellschrauben entfernt und eine Meshgraftversorgung eines Hautdefektes am Fussrücken vorgenommen (Urk. 11/M2-3). Im Februar 1989 folgte die Schraubenentfernung am Talus (Urk.

11/M7). Im weiteren Verlauf stellte sich eine aseptische Talusrollennekrose und eine beginnende posttraumatische Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk (OSG, USG) links mit belastungsabhängigen persistierenden Beschwerden ein (Urk. 11/M12, Urk. 11/M19). Die Mobiliar erbrachte Taggelder und übernahm die Kosten für die Heilbehandlung. Ab dem 16. Februar 1989 wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 11/M7). Mit Verfügung vom 8. Mai 1996

sprach die Mobiliar dem Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 20 %

zu (Urk. 11/K15).

E. 1.2

Ab dem 1. August 2008 war der Versicherte als Marketingfachmann für die Z.____ AG tätig. Am 12. November 2009 meldete sie der Mobiliar einen Rückfall zum Unfall vom 20. August 1987 (Urk. 11/M26-27). Am 26. Januar 2011 wurde dem Versicherten wegen verstärkter Arthrosebeschwerden am linken Fussgelenk und möglichen neuropathischen Schmerzen (Urk. 11/M37) im Zentrum für Fusschirurgie der Klinik A.____ eine OSG-Mobility-Prothese eingesetzt. Ausserdem wurde eine Arthrodesse des USG links vorgenommen (Urk. 11/M44). Die Mobiliar erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilbehandlung). Am 20. September 2012 kündigte die Z.____ AG das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per Ende Januar 2013 (Urk. 11/K62).

Wegen persistierender postoperativer Beschwerden trotz konservativer Behandlung und Infiltrationen (Urk. 11/M63) wurden am 3. Dezember 2012 im Zentrum für Fusschirurgie der Klinik A.____ ein Deltoidrelease am OSG links und eine Gelenkstoilette am

Malleolargelenk medially links durchgeführt (Urk. 11/M65). Am 29. Mai 2013 wurde im Kantonsspital B.____ ein OSG-Prothesenwechsel mit Schraubenentfernung und Stabilisation des distalen Tibiofibulargelenkes links vorgenommen (Urk. 11/M71). Ab Anfang November 2013 attestierten die Ärzte des Kantonsspitals B.____ eine 50%ige und zeitweise eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit bei persistierendem Schmerzsyndrom (Urk. 11/M82, Urk. 11/M85, Urk. 11/M89, Urk. 11/M91, Urk. 11/M97, Urk. 11/M99). Von Anfang Juli bis Ende Dezember 2014 war der Versicherte in einer befristeten Anstellung mit einem 50%igen Arbeitspensum als Marketingspezialist für die C.____ GmbH tätig (Urk. 11/K102.8, Urk. 11/K104.2-3).

Im November 2014 (Urk. 11/K81) holte die Mobiliar das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, und von Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Februar 2015 (Urk. 11/M94) mit dem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Februar 2015 (Urk. 11/M93) ein. Gestützt darauf stellte die Mobiliar mit Verfügung vom 13. Januar 2016 die Taggeldleistungen und Leistungen für die Heilbehandlung per Ende Januar 2016 ein und verneinte einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Ausserdem sprach sie ihm eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 35 % zu, abzüglich des bereits im Jahr 1996 vergüteten Integritätsschadens von 20 % (Urk. 11/K111 S. 5). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 15. Februar 2016 Einsprache (Urk. 11/K118). Die Mobiliar holte daraufhin den Nachtrag zum Gutachten von Dr. D.____ vom 10. Juni 2016 ein (Urk. 11/M104). Mit Einspracheentscheid vom 7. März 2017 wies die Mobiliar die Einsprache ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 6. April 2017 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 7. März 2017 sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Februar 2016 eine UVG-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 55 % auszurichten; eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 7. März 2017 aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Februar 2016 eine UVG-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 24 % auszurichten; subeventualiter sei der Einspracheentscheid vom 7. März 2017 aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Februar 2016 eine UVG-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 10 % auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 S. 2). Mit Replik vom 12. Oktober 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 16 S. 9) und reichte unter anderem das von ihm veranlasste Gutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, Allgemeinchirurgie und Traumatologie, vom 29. August 2017 (Urk. 17/1) sowie die Berichte von Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 6. Oktober 2017 (Urk. 17/2) und von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Oktober 2017 (Urk. 17/3) ein. Mit Eingaben vom 10. November 2017 (Urk. 22) und vom 4. Dezember 2017 (Urk. 26) gab der Beschwerdeführer ausserdem die Berichte der Neurologie der Klinik A.____ vom 2. und 13. November 2017 (Urk. 23, Urk. 27) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin nahm dazu mit Duplik vom 12. Januar 2018 Stellung und hielt an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (Urk. 31 S. 2).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten. Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier betreffende Unfall hat sich im Jahr 1987 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.1

Gemäss Art. 6 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. dazu: BGE 129 V 177 E. 3.1-2 mit Hinweisen).

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

E. 2.2

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 2.3

Nach 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 ATSG), so hat sie ausserdem Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Ein weiterer Anspruch auf die vorübergehenden UV-Leistungen Heilbehandlung (Art. 10 UVG) und Taggeld (Art. 16 f. UVG) setzt nach Gesetz und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch

Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4).

E. 2.4

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 472

E. 4.2.1 mit Hinweisen). Die DAP-Datenbank steht allerdings nur der Suva, nicht aber den anderen zugelassenen Unfallversicherern im Sinne von Art. 58 UVG zur Verfügung (BGE 139 V 592

E. 7.1).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, gestützt auf das Gutachten von Dr. D. ___ vom 16. Februar 2015 und dessen Nachtrag sei davon auszugehen, dass unter Einhaltung der definierten Zumutbarkeitskriterien (Reduktion der Tätigkeiten ausserhalb des Arbeitsplatzes und der Autofahrten, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit ebenerdigen Gehstrecken oder mit einem wesentlichen Teil des Arbeitspensums von Zuhause aus) eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Marketing- und PR-Spezialist bestehe. Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit, die nicht vorwiegend im Stehen und Gehen oder in abschüssigen beziehungsweise unebenen Geländen ausgeführt werde, und die ohne Arbeiten mit repetitivem Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten sowie ohne Zwangshaltungen des linken Fusses ausgeführt werden könne, sei eine volle Arbeitsfähigkeit auf dem gesamten Arbeitsmarkt gegeben. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 127'024.10 und einem Invalideneinkommen nach der

Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS), Tabelle T1 skill level, von Fr. 124'564.40 resultiere eine Einbusse von 1,936 %, was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe (Urk. 2 S. 4 ff).

Des Weiteren erklärte die Beschwerdegegerin in ihren Stellungnahmen, der vom Beschwerdeführer eingeholten Zweitmeinung von Dr. F. ___ vom 29. August 2017 komme kein Beweiswert zu, denn mit dem Gutachten von Dr. D. ___ habe sie den Sachverhalt vollständig abgeklärt. Mit diesem sei auch die unfall bedingte Schmerzproblematik hinreichend berücksichtigt worden und in die Beurteilung sowie Schlussfolgerungen eingeflossen. Ausserdem habe Dr. F. ___ die an ein medizinisches Gutachten gestellten Voraussetzungen gemäss BGE 125 V 352 nicht erfüllt. So hätten ihm offensichtlich die Vorakten nicht vollständig vorgelegen. Er habe eine Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit zudem nicht in Bezug auf den Beschwerdeführer, sondern nur auf das in der allgemeinen Berufsberatung vorhandene Stellenprofil des Marketing-/Werbefachmannes abgegeben, und es fehle ein Zumutbarkeitsprofil. Weiter enthalte der Bericht mehr Ausführungen rechtlicher, rein theoretischer Art anstelle von greifbaren objektiven medizinischen Fakten, und es sei keine substantiierte Auseinandersetzung mit der medizinischen Meinung von Dr. D. ___ erfolgt. Gemäss der Rechtsprechung sei sodann von einem (unfallbedingten) komplexen regionalem Schmerzsyndrom (Complex regional pain syndrome, CRPS) nur dann auszugehen, wenn die dafür typischen Symptome ausweislich der echtzeitlichen medizinischen Dokumentation innerhalb von sechs bis acht Wochen nach einem Unfall oder nach einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation aufgetreten seien, was hier nicht der Fall sei und auch im Bericht von Dr. F. ___ nicht vorgebracht werde. Insofern liege eine Fehldiagnose vor. Dies gelte auch in Bezug auf die nachgereichten Berichte der A. ___ Klinik, in welchen eine Unfallkausalität nicht bestätigt und auch keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit gemacht worden seien. Auch sei nicht erstellt, dass Nebenwirkungen der Medikamente die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Das von Dr. F. ___ und vom Beschwerdeführer angegebene Ausmass der Schmerzen erscheine als masslos übertrieben. Schliesslich sei die von Dr. F. ___ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der ursprünglichen respektive in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Dieser habe dabei die vom Beschwerdeführer ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vor und nach dem Unfall nicht berücksichtigt (Urk. 9 S. 4 ff., Urk. 31 S. 2 ff.).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er habe im Zusammenhang mit einer schweren Fraktur und schweren posttraumatischen Veränderung des OSG- und USG-Gelenkes posttraumatische Schmerzen entwickelt. Die Beschwerden würden als neuropathisches Schmerzsyndrom mit möglicher sympathisch unterhaltener Komponente oder als Restzustand nach komplexem regionalem Schmerzsyndrom (Complex regional pain syndrome, CRPS) am Fuss links mit höchst wahrscheinlicher neuropathischer und sympathisch unterhaltener Schmerzkomponente bei Status nach offener Talusluxationsfraktur links 1987 interpretiert. Die Schmerzen würden bei Wetterwechsel, bei längerem Stehen, unter Belastung, in der Nacht, in Ruhe, im Sitzen, im Stehen und im Gehen auftreten. Er habe sämtliche Therapieoptionen zur Reduktion der Schmerzproblematik in Anspruch genommen (operative, physiotherapeutische, medikamentöse und

psychiatrische Behandlungen, Schmerzbehandlungen inklusive TENS-Gerät, lumbale Grenzblockaden, Infusionstherapien, Spiegeltherapien, Behandlung). Namentlich die verschiedenen operativen Eingriffe (am linken Fuss) hätten zwar zu einer Verbesserung des somatischen Zustandes, jedoch nie zu einer Verbesserung des chronifizierten Schmerzsyndroms geführt. Dass sich die Schmerz- und Entzündungsproblematik nicht nur bei Belastung, sondern auch nach längerem Sitzen auswirke, habe sich auch damit gezeigt, dass er das von Juli bis Dezember 2014 ausgeübte 50%ige Arbeitspensum in einer leidensangepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit als Marketingfachmann nicht steigern können. Die Schmerzen seien immer vorhanden. Er schlafe wegen der Schmerzen schlecht und sei deshalb müde. Infolge der starken Medikamente sei zudem seine Konzentrationsfähigkeit eingeschränkt und er fühle sich matt, antriebslos sowie energielos. Hinzu komme eine allgemeine Gleichgültigkeit. Es seien keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten vorhanden. Die Belastungstoleranz und die Schmerzen im distalen Unterschenkel und Fuss - zeitweise auch während der Nacht - seien auch durch den Gutachter Dr. D. ___ nicht in Frage gestellt worden. Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. D. ___ könne indes nicht abgestellt werden. Denn dieser verkenne, dass sich die unfallbedingte chronifizierte Schmerzproblematik massgeblich auf die Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen auswirke. Zudem habe der Gutachter seine Beurteilung nicht begründet und sich mit den gegenteiligen Meinungen nicht auseinandergesetzt. Dagegen habe Dr. med. I. ___, Facharzt für Chirurgie, (von der Multidisziplinären Schmerzambulanz des Spitals J. ___; Urk. 11/M106) in Berücksichtigung der über Jahre andauernden posttraumatischen Schmerzproblematik nachvollziehbar festgehalten, dass von einem Restzustand nach CRPS mit einer neuropathisch wie auch sympathisch unterhaltenen Schmerzkomponente auszugehen sei und eine realistische Arbeitsbelastung von 40 bis 60 % je nach notwendiger Belastung des Fusses bestehe. Auch der Schmerzspezialist Dr. F. ___ sei in seinem Gutachten vom 29. August 2017 (Urk. 17/1) zum Schluss gekommen, dass ein unfallbedingtes CRPS I vorliege, das sich zudem aufgrund des seit März 2017 neu aufgetretenen Ulcus unter dem Knöchel ohne Abheilungstendenz nicht in einem stationären Zustand befinde, sondern aktiv progredient und dringend behandlungsbedürftig sei. Daneben würden anderweitig bedingte Schmerzen, möglicherweise durch die Syndemosechrauben, bestehen. Das Gutachten von Dr. D. ___ werde von Dr. F. ___ als unvollständig, fehlerbehaftet und widersprüchlich erachtet, wobei namentlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die Befunde nicht gefolgt werden könne. Bedingt durch die Verlangsamung, Fehlleistungen, wiederholten Arbeitsausfälle und die physischen Einschränkungen betreffend Kraft/Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination bestehe eine stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit. Es sei eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit gegeben. Des Weiteren habe Dr. F. ___ festgestellt, dass die diagnostischen Abklärungen nicht ausgeschöpft seien und eine neurologische Beurteilung fehle. Diese sei durch den Neurologen Dr. H. ___ erfolgt, der das Vorliegen einer unfallbedingten CRPS bestätigt habe (Urk. 17/3). Die Neurologen der Klinik A. ___ hätten nunmehr sogar ein CRPS II mit Nachweis einer Nervenschädigung festgestellt (Urk. 23, Urk. 27). Der Einkommensvergleich sei damit unter Berücksichtigung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vorzunehmen und ergebe bei einem Valideneinkommen von Fr. 127'024.10 und einem Invalideneinkommen nach der LSE 2014, Tabelle TA1, skill level 4, von Fr. 114'116.-- respektive von Fr. 57'058.-- einen Invaliditätsgrad von 55 % (Urk. 1 S. 6 ff., Urk. 16, Urk. 22, Urk. 26).

E. 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 20. August 1987, bei welchem sich der Beschwerdeführer unter anderem eine drittgradig offene Talusluxationsfraktur mit Ruptur der Syndesmose am linken OSG zugezogen hatte (Urk. 11/M1.1-2). Sie anerkannte ihre Leistungspflicht für die Unfallfolgen auch nach der Rückfallmeldung vom 12. November 2009 (Urk. 11/M27) und nach den unfallbedingten Operationen des linken Fussgelenkes vom 26. Januar 2011 (Urk. 11/M44), vom 3. Dezember 2012 (Urk. 11/M65) und vom 29. Mai 2013 (Urk. 11/M71).

Unstrittig ist ferner, dass der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG spätestens per Ende Januar 2016 erreicht wurde (Urk. 2 S. 3 f., Urk. 11/K111 S. 5).

Zur zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgehend von einem Integritätsschaden von 35 % (Urk. 11/K111 S.

5) hat der Beschwerdeführer keine Rügen vorgebracht (Urk. 1, Urk. 16) und auch das Rechtsbegehren bezieht sich allein auf den Rentenanspruch (Urk. 1 S. 2). Insofern sind die Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 11/K111) und der Einspracheentscheid vom 7. März 2017 (Urk. 2) somit in Rechtskraft erwachsen.

E. 3.3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Dabei bildet der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. März 2017 rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 143 V 409 E. 2.1; 129 V 167 E. 1; je mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_776/2017 vom 30. Mai 2018 E. 4.2). Die vom Beschwerdeführer in diesem Verfahren neu eingereichten medizinischen Berichte (Urk. 17/1-3, Urk. 23, Urk. 27), welche je nach dem 7. März 2017 ausgestellt wurden, sind hier daher insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zu diesem Zeitpunkt erlauben.

E. 4.1.1

Gemäss dem interdisziplinären Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____ vom 16. Februar 2015 (Urk. 11/M94), auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Entscheidung stützte, wurde der Beschwerdeführer am 21. Januar 2015 aus chirurgischer Sicht und am 4. Februar 2015 aus psychiatrischer Sicht untersucht (Urk. 11/M94 S. 1). Dabei habe der Beschwerdeführer angegeben, er leide unter täglichen Schmerzen im linken Fuss, hauptsächlich belastungsabhängig und im Tagesverlauf sich aufbauend, wobei er maximal 20 bis 30 Minuten am Stück auf den Beinen sein könne. Er müsse sich dann hinsetzen und das Bein hochlagern. Die Schmerzintensität sei aushaltbar, jedoch sei der Schmerz immer präsent. Nach Belastung komme es zu verstärkten Schmerzen, vor allem im perimalleolären Bereich lateral, die bis in die Nacht hinein andauern würden. Nachts wache er häufig mit starken stechenden oder brennenden Schmerzen im Fuss auf. Die schmerzbedingten Schlafstörungen würden eine psychische Belastung und eine verminderte Leistungsfähigkeit am nächsten Tag bewirken. Es komme auch zu eigentlichen Erregungszuständen. Er leide ausserdem an Wetterfühligkeit. Bei Haushaltstätigkeiten bestehe parallel zum sich aufbauenden Entzündungsschmerz eine erhöhte körperliche Ermüdbarkeit, bei geistigen Tätigkeiten ermüde er weniger. Seine Konzentration sei im Alltag im Allgemeinen nicht eingeschränkt, vor allem wenn ihn etwas interessiere. Es gelinge ihm derzeit aber nicht, sich vertieft, etwa hinsichtlich einer beruflichen Neuausrichtung, in ein Thema hineinzugeben und zu konzentrieren (Urk. 11/M94 S. 19 f.,

S. 23 ff.).

Die Gutachter schlossen auf die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eingeschränkte Belastungstoleranz und Beweglichkeit der linken Unterextremität mit persistierenden, vorwiegend belastungsabhängigen Schmerzen bei Status nach drittgradig offener Talusluxationsfraktur und Syndesmosenruptur 1987, Status nach Schraubenosteosynthese des Talus mit Syndesmosenstellschraube und Sehnennähten, Status nach Stellschraubenentfernung und Meshgraft bei Hautdefekt am Fussrücken 1987, Status nach Schraubenentfernung am Talus 1989, Status nach OSG-Prothesenimplantation/USG-Arthrolyse bei posttraumatischer Arthrose 2011, Status nach OSG-Gelenkstoilette 2012, Status nach OSG-Prothesenwechsel links bei aseptischer Lockerung und Stellschraube 2013, Verdacht auf Lockerung der Stellschrauben (Urk. 11/M94 S. 44).

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine remittierte depressive Störung im Sinne von anamnestic rezidivierenden depressiven Episoden, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), aufgeführt. Die vom Beschwerdeführer berichtete, leichte psychische Befindlichkeitsstörung mit Angaben einer leicht besorgten, manchmal etwas schwermütigen Stimmung und einer leichten Antriebsverminderung lasse sich im Rahmen der aktuellen Lebenssituation in einem normalpsychologischen Rahmen einordnen und erreiche nicht das Ausmass einer krankheitswertigen Störung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte, 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/M94 S. 34, S. 36 und S. 44).

Die chirurgisch-traumatologische Untersuchung habe eine signifikante Einschränkung der Belastungstoleranz und Beweglichkeit der distalen linken Unterextremität mit persistierenden, vorwiegend belastungsabhängigen Schmerzen ergeben. Das Arbeitspensum als Marketingspezialist bedinge eine gewisse Mobilität beziehungsweise Tätigkeit ausserhalb des Arbeitsplatzes inklusive Autofahrten. Daher sei bis heute nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Falls der externe Anteil wesentlich reduziert werden könnte, wäre eine volle Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit mit kurzen ebenen Gehstrecken zu attestieren. Dasselbe gelte für den Fall, wenn ein wesentlicher Teil des Arbeitspensums von zuhause aus erledigt werden könne. Für Tätigkeiten, die vorwiegend im Stehen oder Gehen oder in abschüssigem beziehungsweise unebenem Gelände ausgeführt würden, sei der Beschwerdeführer unfallbedingt nicht mehr einsetzbar. Dasselbe gelte für Arbeiten, die mit repetitivem Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten verbunden seien oder solche, die mit Zwangshaltungen des linken Fusses einhergehen würden. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm sei ebenfalls zu vermeiden. Unter Berücksichtigung dieser Zumutbarkeitskriterien könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 11/M94 S. 43 f.).

Im Nachtrag vom 10. Juni 2016 zum Gutachten vom 16. Februar 2015 nahm Dr. D. ___ zu den aktuellen Berichten des Kantonsspitals B. ___ vom 17. April, 20. Mai, 10. Dezember 2015 und 25. Januar 2016 (Urk. 11/M95, Urk. 11/M97, Urk. 11/M99-M100) und zum Bericht von Dr. med. K. ___, Facharzt für Innere Medizin, spez. Gefässerkrankungen, vom 19. Juni 2016 (Urk. 11/M98) Stellung. Der Gutachter befand, dass insbesondere die Ausführungen des behandelnden Arztes des Kantonsspitals B. ___, wonach dem Beschwerdeführer in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit noch ein 50%iges Pensum zuzumuten sei, an seiner eigenen Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nichts ändere (Urk. 11/M104).

E. 4.1.2

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei dem der Beschwerdeführer seit Oktober 2013 in drei monatlichen Abständen in Behandlung ist, führte im Bericht vom 28. September 2016 dagegen aus, es bestehe in einer abwechselnd sitzenden und stehenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 4 Stunden.

Schon in Ruhe könne ein Schmerz gemäss der Visuellen Analogskala (VAS) von 2 bis 5 auftreten. Im Stehen an Ort würden nach fünf Minuten Schmerzen bis zu VAS 6 eintreten, wobei die maximal mögliche Stehdauer bei 30 Minuten liege. Gehen sei maximal zehn Minuten möglich, bereit ab 200 Meter trete ein Schmerz von bis zu VAS 6 auf. Sitzen sei maximal zwei Stunden möglich, nach längerem Sitzen würden zudem verstärkte Anlaufschmerzen auftreten. Das Auftreten der angegebenen belastungs- und aktivitätsabhängigen sowie chronischen Schmerzen sei gestützt auf seine medizinischen Befunde nachvollziehbar. Sie seien vereinbar mit einem chronifizierten CRPS. Erhöhte psychische Belastung und Aktivitätsintensität würden schnell ansteigende Schmerzen sowie nachfolgende funktionelle Einschränkungen bewirken. Insgesamt zeige sich ein sehr labiles Gleichgewicht bei weiter hin vorliegenden Schmerzen und der Psyche bei chronifiziertem Schmerzsyndrom mit intermittierenden depressiven Episoden und konsekutiven Schlafstörungen. Dies könne der Beschwerdeführer durch das sehr freie Gestalten seines Arbeitsalltages mit immer wieder wechselnder Position und Möglichkeiten des Hochlagerns des Fusses über längere Zeit kompensiert halten. Bei Erhöhung der Arbeitsfähigkeit sei von einer Zunahme der unfallbedingten Beschwerden und somit von einer Verschlechterung der Psyche auszugehen. Aus psychosomatischer Sicht sei es daher nicht indiziert und sinnvoll, die Arbeitsfähigkeit von 50 % zu erhöhen (Urk. 11/M105).

Die Ärzte der multidisziplinären Schmerzlinik des Spitals J.____ stellten gemäss dem Bericht vom 19. Dezember 2016 die Diagnose eines Restzustandes nach CRPS am Fuss links mit höchstwahrscheinlich neuropathischer und sympathisch unterhaltener Schmerzkomponente bei Status nach offener Talusluxationsfraktur links 1987 und (den bekannten) operativen Behandlungen in den Jahren 2011, 2012 und 2013, aktuell Schraubenbruch im Bereich des Talushalses mit Nachsinterung (gemäss Bildgebung des Kantonsspitals Baselland im September 2016). Primär schmerztherapeutische Optionen hätten sich nicht ergeben, jedoch sollten sekundäre Problematiken wie zunehmende Schmerzen durch Sympathicus-Problematiken, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen behandelt werden. Insgesamt zeige sich ein labiles Gleichgewicht mit Schmerzverstärkungen je nach Belastung. Es bestehe eine realistische Arbeitsbelastung von 40 bis 60 %, je nach notwendiger Belastung des Fusses (Urk. 11/M106).

E. 4.1.3

Gemäss dem vom Beschwerdeführer eingeholten Privatgutachten von Dr. F.____ vom 29. August 2017 (Urk. 17/1) habe der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 25. August 2017 angegeben, die Schmerzen am linken Bein verspüre er bereits am Morgen. Er schlafe sehr schlecht, erwache schmerzbedingt und es würden dann Angstgefühle sowie Sorgen über die berufliche und gesundheitliche Zukunft auftreten. Meist sei er morgens wegen der schmerzbedingten Schlafstörung und den Medikamenten müde. Er sei (dann) kraftlos, matt, gleichgültig, oft schon ganz erschöpft. Schon beim Aufstehen sei das linke Bein geschwollen, was sich im Verlauf des Tages verstärke. Der Anlaufschmerz bessere sich mit der Zeit, werde aber schnell vom Gehschmerz abgelöst,

der sich nur mit langen Pausen im Sitzen oder besser im Liegen bessere. Bei kaltem und feuchtem Wetter sei es deutlich schlimmer. Die schmerzarme Strecke belaufe sich auf 200 bis 300 Meter, spätestens bei Eintritt von einschliessenden Schmerzen müsse er sich hinsetzen oder hinlegen. Im Sitzen dauere es in der Regel zirka zwei Stunden, bis dieser Zustand eintrete. Jedoch könne dies ganz unterschiedlich sein und die Schmerzen würden zuweilen früher eintreten oder seien schon da, er wisse nie, woran er sei und könne daher kaum etwas planen. Stehend könne er bei guter Ausgangslage eine halbe Stunde tätig sein. Hinsichtlich sportlicher Aktivitäten könne er noch geradeaus velfahren. Er wisse mittlerweile, wie er sich dabei platzieren müsse. Die Einnahme von Medikamenten würde die Missempfindungen, die Blitze, das Brennen, Kribbeln und den Berührungsschmerz erträglicher machen. Er sei dann jedoch total schlapp, müde, konzentrationsunfähig, gleichgültig und jeder Antrieb sei weg. Manchmal sei er geradezu verwirrt, sehe unscharf und zittere. Neu habe sich das Taubheitsgefühl am linken Fuss bis in die Zehen ausgebreitet und es seien jetzt zusätzlich Schmerzen an der Aussenseite des linken Unterschenkels im Bereich der Stellschrauben aufgetreten. Diese Beschwerden seien durch Schmerzmittel nicht beeinflussbar. Er erhalte Unterstützung und Verständnis von seiner Lebenspartnerin, die Lebensqualität sei jedoch dahin (Urk. 17/1 S. 21 ff.).

Dr. F.____ befand, die Beschwerdeangaben seien widerspruchsfrei und konsistent gewesen. Es hätten sich weder aus den Akten noch bei der Exploration Zeichen von Simulation, Aggravation oder eine Verdeutlichungstendenz ergeben (Urk. 17/1 S. 21 f.). Auch psychische Auffälligkeiten seien nicht festgestellt worden (Urk. 17/1 S. 19 f.). Diagnostisch schloss Dr. F.____ in Anwendung der sogenannten Budapester Kriterien auf das Vorliegen eines unfallbedingten CRPS I (Urk. 17/1 S. 9 f., S. 24 ff., Urk. 17/1 S. 32). Die diagnostischen Möglichkeiten seien indes noch nicht ausgeschöpft, so fehle eine neurologische Beurteilung noch vollständig. Die CRPS-Erkrankung sei zudem immer noch aktiv, was sich aus der erneuten Verschlechterung des Schmerzbildes zeige. So seien lateral links neue Schmerzen aufgetreten und seit März 2017 bestehe ein therapieresistentes Unterschenkelgeschwür links lateral (Urk. 17/1 S. 32). Die geklagten Beschwerden würden zusätzlich anderweitig bedingt, hochwahrscheinlich durch die Syndesmosenschrauben. Die nach wie vor verschraubte Syndesmose habe zu lokaler Irritation und Reaktion in unmittelbarer Nähe des Osteosynthesematerials geführt (Urk. 17/1 S. 25 und S. 32).

Es bestünden klinische Zeichen dafür, dass das CRPS I bereits zu plastischen Veränderungen im

zentralen Nervensystem (ZNS) geführt habe. Zu diesen Zeichen würden die festgestellte Allodynie, Hyperalgesie, Myoklonie und die Schmerzausbreitung sowie die pathologische respektive fehlende Thermorezeption am linken Fuss gehören. Diese seien intensiv zu behandeln. Auch habe die pathologische Thermoregulation des linken Fusses praktische Auswirkungen im Alltag, wie man sich leicht vorstellen könne (Urk. 17/1 S. 3 und S. 20 f.).

Bei einer Erwerbstätigkeit sei regelmässiges Gehen auf ebenem Gelände über 50 Meter, Gehen in unwegsamem Gelände und Treppensteigen, Arbeiten in Hockstellung oder auf den Knien, der Einsatz von schweren Werkzeugen mit Beineinsatz nicht möglich. Das Heben und Tragen von Lasten bis maximal zirka 5 Kilogramm sei nur kurzfristig für maximal eine halbe Stunde möglich. Das Hantieren mit leichten Werkzeugen, die eine gute Feinmotorik der Hand voraussetzen würden, sei möglich, sofern es mit den Nebenwirkungen von Medikamenten (zum Beispiel Zittern, Schwindel, unscharfes Sehen) vereinbar sei. Sämtliche Tätigkeiten, die ein Arbeiten über Kopfhöhe,

Rotationsbewegungen des Gesamtkörpers, längeres vorgeneigtes Sitzen (zirka zwei Stunden) oder vorgeneigtes Stehen (zirka ½ Stunde) beinhalten würden, würden zu vermehrten starken Schmerzen führen und seien zu vermeiden. Längerdauerndes Sitzen ohne Möglichkeit der Unterbrechung durch Aufstehen, Hochlagerung des linken Beines oder Einnehmen einer Liegeposition, sei auf zirka eine halbe Stunde begrenzt (Urk. 17/1 S. 15 f.).

Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien nach den Kriterien Gefährdung der Sicherheit und der Gesundheit, Leistungseinbussen sowie Lebensqualität damit begründet, dass die eingenommenen Medikamente (Urk. 17/1 S. 29 f.) potentiell gefährliche und tatsächlich erfahrene Nebenwirkungen wie Schwindel und unscharfes Sehen hätten, so dass schnelle Entscheidungen oder eine reflexartige Handlung nicht geleistet werden könnten; ferner seien die Einschränkungen damit begründet, dass unnötige Belastungen höchstwahrscheinlich eine Gewebereaktion auf die Instabilität der Stellschrauben bewirken würden und dass des Weiteren die Tätigkeit als Marketingfachmann auch Kontakte nach aussen wie Besuche, Besichtigungen, Aufenthalte, Kontrollen etc. ausserhalb des Büros voraussetze, zu welchen der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage sei. Ausserdem sei auch der Anteil seiner Bürotätigkeit sehr stark eingeschränkt. Sodann bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität in allen Lebensbereichen (Urk. 17/1 S. 16 ff.).

Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Marketingfachmann (Urk. 17/1 S. 18) sei aufgrund dieser massiven Einschränkungen hinsichtlich Belastbarkeitsniveau, Arbeitszeit und zusätzlichen Leistungseinbussen nur zur Hälfte gegeben, sofern die beschriebenen Einschränkungen in allen Bereichen voll berücksichtigt würden. Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche die Einschränkungen aus den medizinischen Defiziten und den Folgen der Behandlung berücksichtige, sei eine Erhöhung der maximal halben Arbeitsfähigkeit nicht zumutbar. Die Defizite seien zu umfassend, als dass diese durch eine spezielle Arbeit kompensiert werden könnten. Darüber hinaus gehende Forderungen würden die Kräfte des Beschwerdeführers übersteigen (Urk. 17/1 S. 15 f. und S. 34 f.).

Das Gutachten von Dr. D.____ vom 16. Februar 2015 dagegen sei unvollständig, fehlerhaft und widersprüchlich. So würden die Beurteilungskriterien, die bei der Zumessung der Integritätsentschädigung gültig gewesen seien, nicht mehr diskutiert. Dies obschon damit bejaht worden sei, dass eine erhebliche und dauernde Schädigung vorliege. Die schwerwiegende Schmerzproblematik werde im Gutachten zwar beschrieben, jedoch könne der Schlussfolgerung auf eine volle Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden, zumal eine entsprechende Argumentation weitgehend fehle. Auch sei nicht dargelegt worden, weshalb sich die beschriebenen Schmerzsymptome nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten und weshalb die erhebliche sowie dauernde Beeinträchtigung nicht mehr respektive nicht mehr arbeitsrelevant sei. Ferner gehe der Gutachter nicht auf die divergierenden Auskünfte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 17/1 S. 32 f.).

E. 4.1.4

Die neurologischen Abklärungen mit klinischer Untersuchung durch Dr. H.____ (Bericht vom 2. Oktober 2017; Urk. 17/3) und mittels Neurographien am 27. Oktober 2017 sowie nervenspezifischer Nadelneurographie und -myographie am 13. November 2017 in der Neurologie der Klinik A.____ (Berichte vom 2. und 13. November 2017; Urk. 23, Urk. 27) ergaben gemäss dem Bericht der Klinik A.____ vom 13. November 2017, dass der Verdacht auf eine axonale Peroneus-Neuropathie links bestätigt worden sei. Es sei damit das

(anlässlich der Konsultation vom 27. Oktober 2017) diagnostizierte CRPS I (Urk. 23 S. 1) als Typ II (mit Nachweis einer Nervenschädigung) zu qualifizieren und insgesamt die folgende Diagnose zu stellen: chronischer Fuss Schmerz links, gemischt nozizeptiv und neuropathisch, mit/bei CRPS Typ II, Nachweis einer sensibel betonten demyelinisierend-axonalen distalen Peroneus-Neuropathie links, offener Talus-Luxationsfraktur links 1987, Status nach Endoprothese links OSG und Arthrothese USG, Deltoidrelease und Gelenkstoilette OSG (Dezember 2012), Prothesenwechsel, Schraubenentfernung, Stabilisation des distalen Tibio fibulargelenkes links am 29. Mai 2013 sowie aktuell Schraubenbruch im Bereich des Talushalses und Nachsinterung in diesem Bereich (Dezember 2016; Urk. 27 S. 1 f.).

E. 4.2.1

Mit vorliegender Aktenlage und insbesondere mit der nachvollziehbar begründeten gutachterlich-fachärztlichen Einschätzung von Dr. Tristone gemäss dem Teilgutachten vom 5. Februar 2015 (Urk. 11/M93) ist ausgewiesen, dass die zuletzt 2010 bis 2013 aufgetretenen und psychiatrisch behandelten psychischen Beschwerden (Urk. 11/M93 S. 5 f.) bezüglich der hier massgeblichen Zeit vom 1. Februar 2016 (nach Fallabschluss) bis zum 7. März 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen remittiert waren und keine krankheitswertigen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mehr vorlagen (Urk. 11/M93 S. 10 f.). Die Frage, ob die psychischen Beschwerden natürlich und adäquat kausal als Folge des Unfalles vom 20. August 1987 respektive der nachfolgenden operativen Behandlungen anzusehen seien, kann hier damit offen bleiben. Dazu wurde von den Parteien denn auch nichts ausgeführt.

E. 4.2.2

In somatischer Hinsicht sind grundsätzlich die Beschwerden am linken Fuss als unfallbedingt anerkannt. Zu klären ist vorab jedoch, ob auch das - soweit aktenkundig - erstmals im Bericht von Dr. G.____ vom 28. September 2016 erwähnte CRPS als (Spät-)Folge des Unfalls vom 20. August 1987 respektive der unfallbedingten operativen Behandlungen, zuletzt vom 29. Mai 2013 (Urk. 11/M71), zu qualifizieren ist.

Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen beziehungsweise Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen (zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1623). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer

beziehungsweise körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits inner halb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteile des Bundesgerichts 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.1, 8C_177/2016 vom 22. Juni 2016 E. 4.3). Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteile 8C_411/2017 vom 17. Juli 2018 E. 3.3.1; 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5; 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und E. 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2).

E. 4.2.3

Hier wurde zwar weder nach dem Unfall vom 20. August 1987 noch nach den Operationen von Oktober 1987, Februar 1989, Januar 2011, Dezember 2012 oder Mai 2013 in der rechtsprechungsgemäss massgeblichen Latenzzeit von 6 bis 8 Wochen die Diagnose eines CRPS gestellt. Jedoch wurden gemäss dem Bericht des Kantonsspitals B.____ vom 17. Juli 2013 anlässlich der 1. Nachkontrolle mit Gipsentfernung vom 8. Juli 2013, mithin 6 Wochen nach der Operation vom 29. Mai 2013 (Urk. 11/M73), die Befunde einer diffusen Weichteilschwellung perimalleolär und einer Hyposensibilität am Fussrücken festgehalten (Urk. 11/M80 S. 1). Damit bestanden zumindest teilweise die für ein CRPS typischen Symptome, wobei in der darauffolgenden Konsultation im Kantonsspital B.____ vom 28. Oktober 2013 weitere typische Symptome hinzukamen, nämlich nebst einer deutlichen Schwellung im OSG-Bereich, spürbare Überwärmung im gesamten OSG-Bereich und Hyposensibilität im gesamten Rückfussbereich (Urk. 11/M82).

Hinzu kommt, dass aufgrund der OSG-Gelenksendoprothese und USG-Arthrodesese eine latent mögliche unfallbedingte Weichteilbeeinflussung im Sinne einer potentiell anhaltenden ursächlichen Einwirkung bestand. Gemäss dem Bericht der Klinik A.____ vom 22. März 2013 waren die Weichteile sehr empfindlich, vielfach traumatisiert worden und würden im Falle einer erneuten Kniegelenksimplantation weiter funktionell beansprucht, weshalb eine Arthrodesese (Versteifung) vorzuziehen sei (Urk. 11/M69). Hier ist daher bei der Anwendung der rechtsprechungsgemäss relevanten Latenzzeit von 6 bis 8 Wochen im Besonderen zu beachten, dass unfallbedingt am linken Fuss seit dem 26. Januar 2011 (Urk. 11/M44) eine OSG-Gelenksprothese vorhanden war, welche die Weichteile beeinträchtigte. Bei der am 29. Mai 2013 schliesslich dennoch eingesetzten neuen OSG-Gelenksprothese zeigten sich zudem laut dem Bericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals B.____ vom 21. August 2014 Mitte 2014 progrediente Auflockerungszeichen der zwei Arthrodeseschrauben in der distalen Fibula (Urk. 11/M90, Urk. 11/M91 S. 1) und gemäss dem Bericht des Spitals J.____ vom 19. Dezember 2016 im September 2016 sodann ein Schraubenbruch im Bereich des Talushalses mit Nachsinterung (Urk. 11/M106 S. 1). Laut dem Bericht vom 28. September 2016 schloss Dr. G.____ in demselben Zeitraum auf ein chronifiziertes CRPS bei sekundärem mässigem Lymphödem im Fuss-Beinbereich links bei anamnestisch brennenden und stechenden Schmerzen, Schwellneigung mit Rötung und Überwärmung (Urk. 11/M105). Die Ärzte des Spitals J.____ stellten wenige Wochen darauf schliesslich eine Atrophie der Unterschenkelmuskulatur links, eine blass-livide Hautveränderung feuchter als auf der

Gegenseite, stark eingeschränkte Beweglichkeit in allen Richtungen, Hypästhesie und Hyperalgesie über dem Fussrücken sowie eine Allodyniezone distal und proximal fest. Sie schlossen auf einen Restzustand nach CRPS am Fuss links mit höchstwahrscheinlich neuropathischer und sympathisch unterhaltener Schmerzkomponente (Bericht vom 19. Dezember 2016; Urk. 11/M106). Es entwickelten sich damit bei gleichzeitiger Prothesenbeeinträchtigung der Weichteile und somit unfallkausal bis Ende 2016 zusehends ausgeprägter die für ein CRPS typischen Symptome.

E. 4.2.4

Bei dieser Sachlage ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass das CRPS und die damit einhergehenden Beschwerden am linken Bein ebenfalls eine Unfallfolge darstellen.

E. 5.1

Das Gutachten von Dr. D.____ vom 16. Februar 2015 (Urk. 11/M94) wurde in somatischer Hinsicht allein aus fachärztlich chirurgischer Sicht erstellt (Urk. 11/M94 S. 1) und berücksichtigt die Entwicklung der Beschwerden lediglich bis Anfang 2015 respektive aufgrund der Stellungnahme vom 10. Juni 2016 zu den bis am 15. Januar 2016 vorliegenden Arztberichten bis Mitte Januar 2016 (Urk. 11/M104). Es fehlt damit insbesondere an einer fachärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der Beschwerdeentwicklung ab Februar 2016. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich für die hier massgebliche Zeit ab Februar 2016 eine von Dr. D.____ abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigt; dies insbesondere aufgrund des Schraubenbruches im September 2016 und der Entwicklung des CRPS, das im weiteren Verlauf von Dr. F.____ als aktiv und progredient beschrieben wurde (Urk. 17/1 S. 32) und das sich nach neurologisch-fachärztlichen Abklärungen im Herbst 2017 schliesslich als CRPS II mit Nervenschädigung herausstellte (Urk. 17/3, Urk. 23, Urk. 27). Weiter fehlt es für die Zeit ab Anfang 2016 auch an einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus fachärztlich-neurologischer Sicht, von der bei vorliegendem Beschwerdebild am linken Fuss nicht abgesehen werden kann.

Da das Gutachten von Dr. D.____ somit nicht umfassend ist und damit nicht alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt, kann in somatischer Hinsicht nicht darauf abgestellt werden. Sämtliche Vorbringen der Beschwerdegegnerin rechtfertigen keine andere Betrachtungsweise.

E. 5.2

Aber auch auf das vom Beschwerdeführer eingeholte Gutachten des Chirurgen Dr. F.____ vom 29. August 2017 (Urk. 17/1) kann nicht abschliessend abgestellt werden, zumal es ebenfalls keine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht enthält, welche das Gutachten von Dr. D.____ zu ergänzen vermöchte. Zwar rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer versicherten Person eingeholt und in das Verfahren eingebracht wurde, nach dem Prinzip der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a) nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 E. 3b/dd; Urteil des Bundesgerichts U 484/06 vom 15. Mai 2008 E. 4.1.3). Jedoch gilt rechtsprechungsgemäss einschränkend, dass solche Stellungnahmen nicht die Funktion von Gutachten haben können, welche vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholt wurden (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das Parteigutachten verpflichtet indes das Gericht

zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351) oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_412/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 4.2). Letzteres ist hier im Sinne des hiervor Ausgeführten (E. 5.1) zu bejahen. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich daher.

Auch den übrigen medizinischen Akten ist keine fachärztlich-neurologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab Februar 2016 zu entnehmen.

E. 5.3.1

Nach dem Gesagten ist bei gegebener Aktenlage eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Februar 2016 nicht möglich, weshalb die Beschwerdegegnerin die medizinischen Abklärungen zu ergänzen hat. Sie hat dazu ein polydisziplinäres Gutachten aus fachärztlicher chirurgischer und/oder orthopädischer sowie aus neurologischer Sicht, eventuell zusätzlich aus psychiatrischer Sicht, einzuholen, welches retrospektiv für die Zeit ab Februar 2016 insbesondere Auskunft gibt über die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer leidensan gepassten Tätigkeit unter chronologischer Berücksichtigung der Beschwerden an der linken unteren Extremität. Dabei sind nicht nur die Beschwerden aufgrund der Talusfraktur links mit mehreren OSG- und USG-Operationen, aufgrund des Schraubenbruchs im September 2016 und des CRPS zu beachten, sondern auch die Auswirkungen der Medikamentennebenwirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 5.3.2

Die Beschwerde ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. März 2017 (Urk. 2) insoweit aufzuheben ist, als damit ein Rentenanspruch verneint wurde, und es ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Februar 2016 neu verfüge.

E. 6

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird

in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. März 2017 insoweit aufgehoben wird, als damit ein Rentenanspruch verneint wurde, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Februar 2016 neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG - 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
Hartmann

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