

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00111

vom 30. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00111

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00111 du 30 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00111 del 30 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, ist seit dem 1. April 2011 als Arzt am Spital Y.____ tätig und in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Am 3. Juli 2014 zeigte der Versicherte der AXA an, dass er sich am 28. Juni 2014 beim Fussballspiel eine Achillessehnenruptur links zugezogen habe (Unfallmeldung, Urk. 9/A1). Die Erstbehandlung fand am 28. Juni 2014 in der Uniklinik Z.____, Orthopädie, statt und am 29. Juni 2014 wurde eine minimal-invasive Achillessehnennaht links durchgeführt (Urk. 9/M1). Die AXA trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 19. Juli 2017 stellte die AXA ihre Leistungen per 10. Juli 2017 ein und verneinte den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 9/A34). Hiergegen erhob der Versicherte am 17. August 2017 Einsprache (Urk. 9/A35, ergänzende Einsprache vom 12. Oktober 2017, Urk. 9/A39), welche die AXA mit Einspracheentscheid vom 13. April 2018 abwies (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 15. Mai 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilbehandlung und Integritätsentschädigung, zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels und Einholung eines gerichtlichen Gutachtens. Mit Beschwerdeantwort vom 31. Juli 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/A1-A42; Urk. 9/M1-M50), worüber der Beschwerdeführer am 6. August 2018 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). Gleichzeitig wurde mitgeteilt, dass das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel als nicht notwendig erachte.

E. 2.1

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). Dem entsprechend 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).

Das hier zu beurteilende Ereignis hat sich am 28. Juni 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.2.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 2.3

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen 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).

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 – 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 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 2.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vor - akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 3

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen:

E. 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte der Uniklinik Z.____, Orthopädie, nahmen den Beschwerdeführer am 28. Juni 2014 notfallmässig auf und führten tags darauf eine minimal-invasive Achillessehnennaht links durch. Als Austrittsdiagnose notierten sie eine akute Achillessehnenruptur links. Am 2. Juli 2014 wurde der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen (Urk. 9/M1).

E. 3.2

PD Dr. med. C.____, Teamleiter Fusschirurgie der Uniklinik Z.____, notierte in seinem Bericht vom 8. August 2014, dass ein soweit zu erwartender Verlauf 6 Wochen postoperativ vorliege. Der Beschwerdeführer beginne mit Physiotherapie und er werde in den Künzli- Stabilschuh überführt (Urk. 9/M3).

Im Bericht vom 18. September 2014 führte Dr. C.____ aus, dass der Beschwerdeführer mit Ausnahme des Kältegefühls am linken Unterschenkel, der Schmerzen im Zehenspitzenstand im Bereich der ehemaligen Rupturzone und des socken förmigen Spannungsgefühls um die Wade herum zufrieden sei. Sie werteten dies als residuelle Zustandsbilder nach fraglicher Sudeck-Erkrankung und auch im Rahmen der postoperativen Rehabilitation. Die Physiotherapie werde weitergeführt (Urk. 9/M15).

E. 3.3

Am 22. September 2014 wurde der Beschwerdeführer von PD Dr. med. D.____, Chefarzt Rheumatologie der Uniklinik Z.____, untersucht. Er hielt einen Verdacht auf CRPS Fuss links und einen Verdacht auf eine Novalgin -Allergie fest (Urk. 9/M8). Aufgrund der Anamnese und den sich präsentierenden Befunden könne die Diagnose eines CRPS bestätigt werden. Aufgrund der bereits eingetretenen Besserung gehe er insgesamt von einem günstigen Verlauf aus. Erfahrungsgemäss sei jedoch ein familiär gehäuft

auftretendes und bereits frühzeitig mit kalter Hauttemperatur verbundenes CRPS mit hartnäckigen Verläufen ver gesellschaftet (Urk. 9/M8).

E. 3.4

Die Beschwerdegegnerin holte am 24. Oktober 2014 eine Stellungnahme des bera tenden Arztes Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, ein. Dr. E.____ führte aus, dass die Diagnose eines CRPS I wahrscheinlich sei. Dieses sei sowohl als Folge des Ereignisses vom 28. Juni 2014 sowie als Folge des operativen Ein griffes vom 29. Juni 2014 möglich. Dies könne er nicht auseinanderhalten. Die Latenz könne er noch akzeptieren. Er sehe keinen Hinweis, dass das CRPS Folge von nicht traumatischen Faktoren sein könnte (Urk. 9/M10).

E. 3.5

Dr. C.____ konstatierte im Bericht vom 22. Dezember 2014, dass sechs Monate postoperativ ein guter Verlauf vorliege. Die Kraft werde noch nicht ganz voll ständig wiedererlangt, der Beschwerdeführer mache jedoch gute Fortschritte (Urk. 9/M1 6).

E. 3.6

Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. März 2015 1) ein CRPS Fuss I links in partieller Remission und 2) einen Verdacht auf Novalgin -Allergie. Insgesamt bestehe ein erfreulicher Verlauf. Aufgrund der anhaltend eintretenden Besserung des Gesamtzustandes gehe er nicht von einem Endzustand aus. Er ver ordne eine Langzeit-Physiotherapie für entstauende Massnahmen. Eine Kontrolle erfolge bei Bedarf (Urk. 9/M18).

E. 3.7

Dr. C.____ untersuchte den Beschwerdeführer erneut am 16. Juni 2015 (Urk. 9/M19). Er notierte folgende Diagnosen: - MTP-I-Arthritis links - Status nach minimalinvasiver Achillessehnennaht links bei - akuter Achillessehnennahtruptur links am 29. Juni 2014 - Status nach CRPS Fuss links Typ I - Verdacht auf Novalgin -Allergie

Beim Beschwerdeführer bestehe eine MTP-I-Arthritis, die Genese sei nicht ganz klar. Eventuell sei Überlastung auch im Rahmen eines falschen Abrollmusters bei entsprechenden, postoperativen Nachwehen bei Status nach Achillessehnennaht ruptur im Juni 2014 der Grund. Er empfehle sicher die Physiotherapie weiter zu führen, weil durch diese ein stetiger Kraftaufbau erzielt werden könne und der Beschwerdeführer nun frei beweglich und sicher sei. Betreffend die MTP-I-Arthritis würde er zunächst einmal die Reizungen zu minimieren versuchen. Dies könne mechanisch gelingen durch die Anlage einer Karbonsohleneinlage während 5-7 Tagen. Im Anschluss daran sei sicherlich weiter zu beobachten. Parallel dazu sei eine Mefenacid-Therapie zur Entzündungshemmung durchzuführen. Der Beschwerdeführer sei voll arbeitsfähig, eine Kontrolle erfolge im Bedarfsfall.

E. 3.8

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin führte die Hausärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, in ihrem Bericht vom 5. September 2015 aus, dass noch zweimal wöchentlich Physiotherapie und täglich selbstän diges aktives Heimtraining durch den Beschwerdeführer und regelmässig ange passt mit Hilfe der Physiotherapie stattfinde. Er trage seit Juni 2015 zusätzlich orthopädische Schuhzurichtungen und es seien antiphlogistische Massnahmen lokal und in Reserve systemisch verordnet worden. Eine

Fortsetzung der Physiotherapie sei sehr wichtig. Die berufsbedingt teils reduzierte Intensität der Physiotherapie mit damit verbundener Verschlechterung spreche ebenfalls dafür, dass die Physiotherapie fortgesetzt werden sollte und es zu früh sei, diese abzusetzen. Auch die stetige Besserung spreche dafür, dass weiterhin eine Besserung erwartet werden könne. Neue weitere Therapiekonzepte seien momentan nicht vorgesehen. Bezüglich Zeiträumen könne sie schlecht Auskunft geben. Sie schätze aufgrund des bisherigen Verlaufs eine weiterhin stetige Besserung über Monate ab (Urk. 9/M22).

E. 3.9

Dr. med. A.____, Oberarzt der Klinik für Rheumatologie des Y.____, untersuchte den Beschwerdeführer am 8. Oktober 2015 und stellte folgende, gekürzt wieder gegebene Diagnosen (Urk. 9/M24): - Metatarsalgie MTP I links und symptomatische Knochenveränderung im Calcaneus und Os naviculare bei CRPS - CRPS Unterschenkel links - Enthesiopathie der Patellarsehne links an der Tuberositas tibiae - Hyperurikämie - Hyperferritinämie - Status nach Achillessehnenruptur links 6/2014 und anschliessendem CRPS

Es handle sich um eine möglicherweise erstmalig symptomatische Hyperurikämie in Form eines solitären Gichtschubes des Grosszehengrundgelenkes mit spontanem Abklingen. Die aktuell persistierenden mechanischen Beschwerden am plantaren Metatarsaleköpfchen I und im Bereich des Rückfusses seien wahrscheinlich Folge mechanischer Überlastung des CRPS-bedingt geschwächten Knochens durch intensives physiotherapeutisches Training. Weiter scheine das CRPS bei persistierenden Dysästhesien noch leicht aktiv zu sein. Hier sollte die Trainingsintensität etwas zurückgestuft werden. Ebenfalls unter intensiver Physiotherapie sei es zur Tendinopathie der Patellarsehne links gekommen. Die sonografisch gezeigten Unregelmässigkeiten seien bei negativem DECT des Fusses wahrscheinlich keine Uratablagerungen. Eine muskuloskelettale Manifestation der möglichen milden Form einer Hämochromatose erscheine unwahrscheinlich.

E. 3.10

Am 27. Oktober 2015 holte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein (Urk. 9/M23). Dr. G.____ ging davon aus, dass noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne durch Physiotherapie und orthopädiotechnische Massnahmen. Damit würden eine Schmerzreduktion, eine Reduktion der Schwellungsneigung und der Aufbau eines normalen Abrollverhaltens beim Gehen angestrebt. Die Massnahmen trügen entscheidend zur Beibehaltung der vollen Arbeitsfähigkeit bei.

E. 3.11

Die Beschwerdegegnerin holte den Bericht von Dr. F.____ vom 11. März 2016 ein (Urk. 9/M28). Darin führte sie aus, dass im Vergleich zur Kontrolle vom Oktober 2015 bei ihr subjektiv eine ca. 30%ige Verbesserung stattgefunden habe. Aufgrund der starken Motivation des Beschwerdeführers sei noch mit einer namhaften Besserung zu rechnen.

E. 3.12

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht von Dr. C.____ vom 5. April 2016 hielt dieser fest, dass die letzte Konsultation am 16. Juni 2015 stattgefunden habe. Es sei eine Besserung der Beschwerden zu verzeichnen. Die Physiotherapie werde weitergeführt, aus

ihrer Sicht brauche es keine weiteren Massnahmen betreffend die Achillessehnenproblematik. Von weiteren Behandlungen könne keine namhafte Besserung erwartet werden (Urk. 9/M29).

E. 3.13

Der beratende Arzt Dr. G.____ konstatierte in der Stellungnahme vom 2. Mai 2016, dass der Bericht von Dr. C.____ vom 16. Juni 2015 bereits bei der letzten Stellungnahme vorgelegen habe, so dass keine neuen Aspekte ersichtlich seien. Als Unfallfolge vom 28. Juni 2014 sei bezüglich der Achillessehnenproblematik links mit keiner dauernden erheblichen Schädigung der körperlichen Integrität zu rechnen. Das Problem an der linken Grosszehe sei ohnehin unfallfremd (Urk. 9/M30).

E. 3.14

Am 6. Oktober 2016 fand ein MRI CRPS Fuss links im Z.____ statt. Dabei konnte kein Nachweis eines Knochenmark-Ödems des Fuss skeletts bei bekannter CRPS erbracht werden. Es konnte eine TMT-I-Arthrose mit Sesamoiditis des lateralen Sesambeines, eine inframalleolare

Tendinopathie der Tibialis

posterior -Sehne mit leichter Tendovaginitis und eine verdickte, aber intakte Achillessehne bei Status nach Achillessehnennaht festgestellt werden (Urk. 9/M34).

Gleichentags fand eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung statt. Elektrophysiologisch hätten sich in den Neurographien kein Hinweis für eine druckbedingte Läsion des Nervus

ulnaris gefunden. Elektrophysiologisch hätten sich auch keine Hinweise für eine generalisierte Neuropathie (sensibel und motorisch) gezeigt. Die im Seitenvergleich amplitudengeminderten sensiblen Peroneus -Neurographien zeigten allenfalls einen diskreten axonalen Schaden des Nervus

peroneus

superficialis links, welcher eine fluktuierende Sensibilitäts störung im Rahmen eines CRPS erklären könnte (Urk. 9/M35).

Am 20. Oktober 2016 wurden die durchgeführten Abklärungen besprochen und es wurde die Aufnahme einer Physio-Einzeltherapie mit neurodynamischer Behandlung besprochen, daneben solle eine Einlagen- bzw. Schuhversorgung besprochen werden. Sie hätten keinen Verlaufstermin vereinbart (Urk. 9/M37).

E. 3.15

Am 25. November 2016 wurde der Beschwerdeführer ambulant in der Technischen Orthopädie-Sprechstunde des Z.____ untersucht. Der Beschwerdeführer gab an, dass es ihm ordentlich gehe. Er sei aktuell im unbezahlten Urlaub. Er beklage einerseits Schmerzen entlang der Tibialis - posterior -Sehne links um den Malleolus , andererseits Schmerzen im MTP-I-Gelenk und etwas lateral im Bereich des lateralen Sesamoides . Als bisherige Versorgung habe er eine Einlagenversorgung sowie eine zusätzliche Karbon-Sohle. Mit der Versteifung habe er weniger Beschwerden im Alltag im MTP-I-Gelenk, er sei jedoch beim Training in der Physiotherapie in der Propriozeption eingeschränkt (Urk. 9/M40).

E. 3.16

Am 3. Januar 2017 nahm der beratende Arzt Dr. G. ___ erneut Stellung (Urk. 9/M41). Er führte aus, dass er den Eindruck habe, dass die aktuelle Behandlung nicht mehr prioritär dem unfallbedingten Achillessehnen-Problem geschuldet sei. Wie bereits früher erwähnt, werde die saubere Trennung der unfallbedingten bzw. nicht-unfallbedingten Problematik auch weiterhin Mühe machen. Dies gelte auch für die weiterhin durchgeführten Behandlungen, wobei nachvollziehbar sei, dass die orthopädisch-technische Versorgung für die Berufsausübung notwendig und zweckmässig sei, dies auf unbestimmte Dauer.

E. 3.17

Am 24. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführer in der Rheumatologie-Sprechstunde des Z. ___ untersucht. Es bestehe ein durchzogener Verlauf. Im Rahmen der Physiotherapie mit Schwerpunkt Belastungsaufbau könne der aktuelle Zustand aufrecht erhalten werden. Von der Serie mit neurodynamischer Behandlung habe er sehr profitiert. In den letzten Wochen hätten jedoch – ohne eruierbare Auslöser – die Missempfindungen erneut zugenommen. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit als Arzt, teilweise sei die Belastbarkeit des linken Fusses an der Grenze (Urk. 9/M45).

E. 3.18

Am 10. Juli 2017 bezog der beratende Arzt Dr. G. ___ erneut Stellung. Dr. G. ___ hielt dafür, dass die eigentliche strukturelle Unfallfolge (Achillessehnenruptur links) mit postoperativem CRPS I weiterhin «in partieller Remission» sei, ohne dass dies mit klinischen Befunden oder Funktionseinschränkungen präzisiert werde. Alle übrigen Kollateral-Probleme beurteile er nach wie vor als unfallfremd (Urk. 9/M47).

Aus orthopädischer Sicht könne keine namhafte Besserung mehr erwartet werden, wahrscheinlich auch aus rheumatologischer Sicht nicht. Aus orthopädischer Sicht seien keine weiteren medizinischen und therapeutischen Behandlungen mehr notwendig und zweckmässig und die Schuhzurichtung sei keine unfallbedingte Versorgung.

Aus orthopädischer Sicht sei keine Integritätsentschädigung geschuldet, eine allfällige Einschränkung sei dem Kollateral-Problem geschuldet.

E. 3.19

PD Dr. med. D. ___, Chefarzt der Rheumatologie des Z. ___ konstatierte im Bericht vom 18. Oktober 2017, dass der Beschwerdeführer über einen stabilen Verlauf berichte. Der Beschwerdeführer sei trotz formal bestehender voller Arbeitsfähigkeit unfallbedingt dauerhaft und erheblich eingeschränkt. Der Grund liege in den persistierenden sensiblen Veränderungen, welche sich durch teilweise ausgeprägte Allodynien und Missempfindungen am linken Fuss äusser ten. Diese Veränderungen seien neurophysiologisch in der Untersuchung vom 6. Oktober 2016 objektiviert worden. Diese Beschwerden führten zu einer verminderten Belastbarkeit des linken Fusses. Insbesondere sei die Erholungsphase nach vermehrter Belastung in den Diensten deutlich verlängert, die aktivierten Beschwerden klängen jeweils erst nach ca. 2 Tagen ab. In der Gesamtschau sei er der Meinung, dass aufgrund dieser Funktionsstörung ein Integritätsschaden von 5-10 % vorliege (Urk. 9/M48).

E. 3.20

Die Beschwerdegegnerin holte eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. H. ___, Facharzt für Chirurgie, vom 29. Januar 2018 ein (Urk. 9/M49). Dr. H. ___ führte aus, dass die Beschwerdebilder am linken Fuss genügend abgeklärt seien und nicht mehr mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Juni 2014 stünden. Die Arthrose im Grosszehengrundgelenk sei überwiegend wahrscheinlich Folge einer Gicht und nicht Folge der Achillessehnenruptur. Dies gelte auch für die Beschwerden im Vorfuss. Anzeichen für ein noch vorhandenes CRPS zeigten die Untersuchungsbefunde nicht. Gelegentliche Missempfindungen sowie eine Schwellneigung nach 60-stündigen Diensten rechtfertigten die Diagnose nicht.

Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes aufgrund der unfallkausalen Symptomatik (Achillessehnenruptur, CRPS I) halte er nach über 2.5 Jahren nicht mehr für möglich.

Das orthopädische Schuhwerk sei aufgrund der Arthrose im Grosszehen grund gelenk angezeigt. Sie sei nicht aufgrund der unfallkausalen Symptomatik not wen dig. Eine Carbonsohle bringe bei einem Zustand nach Achillessehnenruptur und Naht der Sehne absolut nichts. Eine unfallkausale erhebliche dauernde Schädigung der körperlichen Integrität bestehe nicht. Der völlige Funktions ausfall einer unteren Extremität werde in der Feinraster Tabelle 2 der Suva mit 50 % beurteilt. Ziehe man die jetzt noch vorhandenen ausschliesslich unfall bedingten Beschwerden zur Beurteilung heran und nehme zum Vergleich den oben genannten Referenzwert, dann sei unschwer zu beurteilen, dass der Inte gritätsschaden deutlich unter der entschädigungspflichtigen Schwelle von 5 % liege.

E. 3.21

Der beratende Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, spez. Rheumaerkrankungen, führte in seiner Stellungnahme vom 15. März 2018 aus, dass der Einschätzung von Dr. G.____, dass keine nam hafte Besserung mehr erwartet werden könne, aus rheumatologischer Sicht definitiv zugestimmt werden könne . Die n och vorliegenden unfallkausalen Be schwerden beträ f en nach einwandfreier chirurgischer Versorgung der Achil les sehnenruptur vom 28.06.2014 ausschliesslich noch geringe, residuelle , neuropa thische Beschwerden von Seiten des ausgeheilten CRPS Typ I Grad 1.

Aus rheumatologischer Sicht seien keine weiteren medizinischen und thera peu t ischen Behandlungen mehr notwen dig und zweckmässig , um unfallkausale Beschwerden zu behandeln.

Die erlittene Achillessehnenverletzung habe keine statisc hen bzw. biomechani schen Defizite hinterlassen mit Aus nahme allenfalls einer residuel len , klinisch wenig bedeutenden Schwächung der dorsalen Unterschenkelmusku latur. Die Schuh versorgung ziele auf den Vorzustand ab, nämlich dem dokumentierten Knick-/ Senk-und Spreizfuss mit MTP-I -Arthrose links und entsprechender plan tarer Überlastung mit

Ausbildung von Überlastungsreaktionen im Bereich der Fascia plantaris und entsprechendem, deutlich dokumentiertem Fersensporn am linke n Fuss . Diese Befunde hätten keinen Zusa mmenhang zum Ereignis vom 28. Juni 201 4. Möglich sei eine vorübergehende Verschlimmerung dieses Vorzu stands durch die erlittene Achillessehnenverletzung aus statischen und biome chanischen Gründen, die nun aber nach Abschluss der Rehabi litation nicht mehr vorlä gen. Der Status quo sine sei 12 Mo nate nach dem Ereignis am 30. Juni 2015 erreicht worden. Die danach weiterhin bestehenden Beschwerden unterha lb des oberen Sprunggelenks seien demnach unfallfremd ein zuordnen inklusive der dazu not wendigen Behandlungen bzw. angeordneten Hilfsmittel.

Bezüglich der Integritätsentschädigung existiere kein Richtwert für den Gesundheitsschaden, der hier vorliege und überwiegend wahrscheinlich dem Ereignis vom 28. Juni 2014 zuzuordnen sei. Auch in den Suva-Tabellen habe die ser Gesundheitsschaden keine Regelung erfahren. Es sei ausgesprochen schwierig, die vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen korrekt einzuordnen. In Frage komme, dass der Schaden in Ablehnung an die Suva-Tabelle 2 « Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten» bemessen werde. In diesem Fall sei von Funktionsstörungen auszugehen. Funktionsstörungen seien aber als Folge des Ereignisses vom 28. Juni 2014 nicht nachzuweisen bzw. sie seien so gering, dass sie irrelevant seien. Damit würde bei dieser Betrachtungsweise kein Integritätsschaden vorliegen. Zudem biete sich die Anwendung der Suva-Tabelle 5 « Integritätsschaden bei Arthrose» an. Bei dieser Betrachtungsweise gehe man von Instabilitäten betroffener Gelenke aus, die vorliegend unfallkausal nicht nachzuweisen seien. Somit ergebe sich auch bei dieser Betrachtungsweise kein Integritätsschaden. Letztlich könnte allenfalls die Suva-Tabelle 7 « Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen» zugezogen werden. Hier werde die Einschätzung vor allem mit einer Schmerzfunktions-Skala vorgenommen. Die erste Kategorie werde mit « keine nennenswerte Schmerzen, geringe, seltene Funktionsstörungen vor allem bei starker Belastung» definiert. Die zweite Kategorie sei mit «mässige Beanspruchungsschmerzen, in Ruhe selten oder keine, gute und rasche Erholung innerhalb von 1 bis 2 Tagen» definiert. Das unfallkausale Beschwerdebild könne in der Einordnung in diese Matrix zwischen den zwei genannten Kategorien eingeordnet werden, die je nach Bereich in der Tabelle einem Integritätsschaden zwischen 0 bis maximal 10 % entspreche. Die Schmerzfunktionskala berücksichtige aber auch die mit den Beschwerden verursachten Funktionsstörungen, die beim Beschwerdeführer nicht nachzuweisen seien. Somit wäre vorliegend die Einteilung am unteren Ende der Skala vorzunehmen, was bedeute, dass der geschätzte Integritätsschaden unter 5 % zu liegen komme. Damit ergebe sich eine Einschätzung des Integritätsschadens basierend auf Quervergleichen von unter 5 %. Der Einschätzung von Dr. G.____ könne demnach zugestimmt werden.

Grundsätzlich könne der Einschätzung von Dr. H.____ bezüglich der natürlichen Unfallkausalität zugestimmt werden. Allerdings sei die Arthrose im Grosszehen grundgelenk nur möglicherweise Folge einer Gicht, denn die Ursache liege wohl eher beim Knick-/Senkfuss bzw. Spreizfuss, sei aber sicher nicht, und hier könne zugestimmt werden, Folge der Achillessehnenruptur. Es bestehe ein Residualzustand nach CRPS bzw. diese Komplikation habe den Endzustand erreicht. In Übereinstimmung mit Dr. H.____ könne auch aus seiner Sicht derzeit keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mit Bezug auf die unfallkausale Symptomatik erreicht werden. Die orthopädische Schuhversorgung sei angezeigt, allerdings nicht aus unfallkausalen Gründen. Sie diene der Behandlung der unfallfremden bzw. vorbestehenden Grosszehen grundgelenksarthrose und der krankheitsbedingten, statischen Defizite des linken Fusses. Die Einschätzung des Integritätsschadens von Dr. H.____ könne auch aus rheumatologischer Sicht übernommen werden, wie oben ausführlich diskutiert worden sei.

E. 4.1

Aufgrund der Aktenlage ist schlüssig und nachvollziehbar, dass der medizinische Endzustand der unfallkausalen Gesundheitsschädigung erreicht wurde – was auch seitens der Parteien unbestritten blieb (vgl. E. 1).

E. 4.2

Vorab zu klären ist, welche weiterhin bestehenden Beschwerden noch als unfall kausal zu werten sind.

Der Beschwerdeführer brachte vor, dass er die MTP-I-Arthrose links als deutlich aggraviert halte im Rahmen der Fehlbelastung des linken Beines/Fusses zumindest des CRPS. Somit bestehe eine Teilkausalität. Auch Dr. A.____ (E. 3.9) sei davon ausgegangen, dass die persistierenden Schmerzen am MTP-I-Gelenk Folge einer mechanischen Überbelastung des durch das CRPS geschwächten Knochens seien (Urk. 1 und Urk. 3).

Die beratenden Ärzte Dr. G.____, Dr. H.____ und Dr. I.____ hielten dagegen alle dafür, dass die Grosszehengrundgelenksarthrose nicht mehr überwiegend wahr scheinlich unfallkausal sei: Dr. G.____ beurteilte nur die Achillessehnenruptur links mit postoperativem CRPS als unfallkausal, die weiteren Gesundheits schä digungen seien nicht unfallkausal (vgl. E. 3.18). Dr. H.____ führte aus, dass die Arthrose im Grosszehengrundgelenk überwiegend wahrscheinlich Folge einer Gicht und nicht Folge der Achillessehnenruptur sei – dies gelte auch für die Beschwerden im Vorfuss. Anzeichen für ein noch vorhandenes CRPS zeigten die Untersuchungsbefunde nicht, gelegentliche Missempfindungen sowie eine Schwell neigung nach 60-stündigen Diensten rechtfertigten die Diagnose nicht (vgl. E.3.19).

Dr. I.____ führte aus, dass seines Erachtens die Arthrose im Gross zehengrundgelenk nur möglicherweise Folge einer Gicht sei, die Ursache liege wohl eher beim Knick-/Senkfuss bzw. Spreizfuss, sei aber sicher nicht – und hier könne Dr. H.____ zugestimmt werden – Folge der Achillessehnenruptur. Es be stehe ein Residualzustand nach CRPS bzw. diese Komplikation habe den End zustand erreicht. Unfallkausal seien ausschliesslich noch geringe, residuelle neu ro pathische Beschwerden von Seiten des ausgeheilten CRPS Typ I Grad 1. Mög lich sei auch eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes (Knick-/

Sen k- und Spreizfuss mit MTP-I-Arthrose links und entsprechender plantarer Überlastung mit Ausbildung von Überlastungsreaktionen im Bereich der Fascia plantaris und entsprechendem deutlich dokumentiertem Fersensporn am linken Fuss) durch die erlittene Achillessehnenverletzung aus statischen und biome cha nischen Gründen, die aber nun nach Abschluss der Rehabilitation nicht mehr vorl iege . Der Status quo sine sei 12 Monate nach dem Ereignis, bzw. am 30. Juni 2015 erreicht worden.

Zusammengefasst beruht die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 15. März 2018 (vgl. E. 3.21) auf fundierter Aktenkenntnis, da ihm die medizinischen Unterlagen vorlagen. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Stellungnahme sprechen, bestehen keine (vgl. E. 2.4). Dem nach ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den verbliebenen Beschwerden aufgrund der MPT-I-Arthrose höchstens möglich, aber nicht überwiegend Wahrscheinlich.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer für die noch bestehenden unfall kausalen Beschwerden bezüglich Achillessehne und CRPS Anspruch auf Heilbe handlung im Sinne von Art. 21 UVG hat:

Nach der Festsetzung der Rente bzw. dem Erreichen des Endzustandes werden dem Bezüger die Pflegeleistungen und

Kostenvergütungen (Art. 10–13) gewährt, wenn er: - an einer Berufskrankheit leidet; - unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann; - zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf; - erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren

wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

E. 5.2

Die erlittene Achillessehnenverletzung hat – den Ausführungen von Dr. I. ___ folgend - keine statischen bzw. biomechanischen Defizite hinterlassen mit Ausnahme allenfalls einer residuellen, klinisch wenig bedeutenden Schwächung der dorsalen Unterschenkelmuskulatur. Darüber hinaus leidet der Beschwerdeführer noch an geringen, residuellen, neuropathischen Beschwerden von Seiten des ausgeheilten CRPS Typ I Grad 1 (vgl. E. 3.21).

Der Beschwerdeführer leidet entsprechend infolge des Ereignisses vom 28. Juni 2014 weder an einer Berufskrankheit, noch an einem Rückfall oder Spätfolgen. Die Achillessehnenverletzung bedarf keiner weiteren Behandlung zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und auch die noch bestehenden Beschwerden bezüglich des CRPS sind zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit nicht behandlungsbedürftig. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt des Weiteren nicht vor.

Der Beschwerdeführer hat entsprechend keinen Anspruch auf Heilbehandlung im Sinne von Art. 21 UVG.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer machte darüber hinaus geltend, es sei ihm eine Integritätsentschädigung von mindestens 5 % geschuldet, da bei ihm neurophysiologisch ein axonaler Schaden des Nervus

peroneus

superficialis links bewiesen sei, was zu einer Integritätsentschädigung von 1-5 % führe. Bezüglich der Missempfindungen sei gestützt auf die Tabelle 7 « Integritätsentschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen» und ausgehend von geringen Dauerschmerzen, bei Belastung verstärkt und auch in Ruhe vorhanden auszugehen, was zu einer Integritätsentschädigung von 5-10 % führen würde (Urk. 1 und Urk. 3).

E. 6.2.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahres verdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift

bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 6.2.2

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

E. 6.2.3

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Fein raster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 6.2.4

Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 Satz 1 UVV). Dabei werden die einzelnen Prozentzahlen zusammengezählt, selbst wenn keine Schädigung den Grenzwert von 5 % erreicht. Die Entschädigung ist geschuldet, sobald die Summe der addierten Prozentzahlen den Wert von 5 % oder mehr ergibt (RKUV 1989 Nr. U 78 S. 361). Die Bestimmung regelt grundsätzlich nur das Zusammen treffen von Integritätsschäden, die nach dem UVG als solche versichert sind (BGE 113 V 54).

E. 6.3.1

Dr. I. ___ zeigte nachvollziehbar auf, dass beim Beschwerdeführer infolge des Ereignisses vom 28. Juni 2014 keine bzw. nur sehr geringe Funktionsstörungen nachweisbar sind, so dass – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – gestützt auf die Suva-Tabelle 2 « Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten » keine

Integritätsentschädigung zu leisten ist.

Daran vermag das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass ein axonaler Schaden des Nervus

peroneus

superficialis nachgewiesen sei, nichts zu ändern: Die behandelnden Ärzte hielten diesbezüglich fest, dass die amplitudengeminderten sensiblen

Peroneus-Neurographien allenfalls einen diskreten axonalen Schaden des Nervus

peroneus

superficialis links, welcher eine fluktuierende Sensibilitätsstörung im Rahmen eines CRPS erklären könnte, zeigen (vgl. E. 3.14) – sie attestierten damit entsprechend Dr. I. ___ keine relevante Funktionsstörung.

E. 6.3.2

Darüber hinaus ist Dr. I. ___ darin zu folgen, dass anhand der Suva-Tabelle 7 «Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen» die Einschätzung vor allem mit einer Schmerzfunktions-Skala vorgenommen wird. Die erste Stufe wird mit «keine nennenswerten Schmerzen, geringe, seltene Funktionsstörungen vor allem bei starker Belastung»

umschrieben. Die zweite Stufe

ist mit «mässige Beanspruchungsschmerzen, in Ruhe selten oder keine, gute und rasche Erholung innerhalb von 1 bis 2 Tagen» definiert. Das unfallkausale Beschwerdebild kann bezüglich Schmerzen zwischen den zwei genannten Stufen eingeordnet werden, die je nach betroffenem Bereich der Wirbelsäule in der Tabelle einem Integritätsschaden zwischen 0 bis maximal 10 % entspricht. Die Schmerzfunktionskala bildet allerdings auch die mit den Beschwerden verursachten Funktionsstörungen ab, die beim Beschwerdeführer nicht nachzuweisen sind. Somit ist vorliegend die Einteilung am unteren Ende der Skala vorzunehmen, was bedeutet, dass der geschätzte Integritätsschaden unter 5 % zu liegen kommt. Damit ergibt sich im Rahmen einer analogen Anwendung der Suva-Tabelle 7 eine Einschätzung des Integritätsschadens auf unter 5 %.

E. 7

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt und der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens, womit die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Sebastian Lorentz - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstCasanova

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