

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00034 vom 5. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00034 du 5 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00034 del 5 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1961 geborene X.____ war seit September 1992 bei der Y.____ AG als Isoleur
-Vorarbeiter

angestellt und in diesem Rahmen bei der Suva obligatorisch gegen Unfälle versichert (Urk.
7/1) . Daneben übte der Versicherte seit Juni 2007 bei der Stadt Z.____ eine
Nebenerwerbstätigkeit in der Reini gung

aus und war in diesem Rahmen bei der Allianz Suisse obligatorisch gegen Unfälle
versichert (Urk. 7/22, Urk. 7/27). Gemäss Schadenmeldung vom 10. April 2013 fiel er am
9. April 2013 bei Abbrucharbeiten eines Flachdachbelages durch ein Loch in das
Gebäudeinnere (Urk. 7/1 , vgl. Urk. 7/42). Dabei zog er sich eine zweitgradig offene Pilon
tibiale Fraktur rechts, eine Fibulakopftrümmerfraktur rechts und ein stumpfes
Thoraxtrauma mit bilateralen Lungenkontusionen zu

(Urk. 7/13). D er Versicherte war bis am 7. Juni 2013 im Universitätsspital A.____
hospitalisiert , wo

verschiedene op erative Eingriffe durchgeführt wurden (Austrittsbericht vom 7. Juni 2013 ,
Urk. 7/11) .

V om 7. Juni bis am 13. September 2013 absolvierte er eine stationäre Rehabilitation in der
Rehaklinik B.____ (Aus trittsbericht vom 17. September 2013 ,

Urk. 7/ 46). Die Suva erbrachte die gesetz lichen Leistungen (Urk. 7/31, Urk. 7/48,
Urk. 7/122, Urk. 7/157, Urk. 7/175, Urk. 7/182, Urk. 7/329) . Am 15. Juni 2015 trat der
Versicherte eine von der So zialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,

zugesprochene Poten zial abklärung bei der Arbeitsintegration C.____

an , welche am 26. Juni 2015 vorzeitig beendet wurde (Bericht Potenzialabklärung vom
8. Juli 2015 , Urk. 7/214 S. 4-7). Am 2 1. Juni 2016 fand eine kreisärztliche Untersuchung
statt (Urk. 7/152).

Mit Schreiben vom 23. Juni 2016 setzte die Suva den Beschwerde führer über die
Einstellung der Taggelder per 30. September 2016 in Kenntnis (Urk. 7/254) und sprach
ihm mit Verfügung vom 6. Oktober 2016 eine Invali denrente von 31 % sowie eine
Integritätsentschädigung für eine Integritätsein busse von 25 % zu (Urk. 7/278). Dagegen
erhob der Versicherte am 7. November 2016 Einsprache (Urk. 7/287). Die IV-Stelle sprach
dem Versicherten mit Verfü gung vom 29. März 2017 eine ganze Rente der
Invalidenversicherung ab dem 1. April 2014 zu (Urk. 7/ 330). Im Rahmen des

Einspracheverfahrens tätigte die Suva weitere medizinischen Abklärungen (Urk. 7/299, Urk. 7/303, Urk. 7/305, Urk. 7/310, Urk. 7/316, Urk. 7/326, Urk. 7/342) .

Mit Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2018 wurde die vom Versicherten gegenüber der Verfügung der Suva vom 6. Oktober 2016 erhobene Einsprache abgewiesen (Urk. 2 = Urk. 7/343).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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). 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 zu beurteilende Unfall hat sich am 9. April 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art.

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG

[in der ab 1. Juli 2001 geltenden Fassung]). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

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).

E. 1.5

Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 131 E. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt so mit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

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). In 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. 1.6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 1. Februar 2019 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Oktober 2016

eine seiner unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit entsprechende Invalidenrente zuzusprechen, mindestens aber eine Rente für einen Invaliditätsgrad von 66 %. Zudem beantragte er die Zusprache einer Integritätsentschädigung für einen erlittenen Integritätsschaden von mindestens 30 %. Eventuell sei die Sache zur ergänzenden medizinischen Sachverhaltsfeststellung an die Suva zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. März 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. März 2019 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrer Entscheidung insbesondere auf den Standpunkt, gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, vom 21. Juni und 5. Dezember 2016 könnten lediglich die unfallbedingten Beschwerden im Bereich des rechten Unterschenkels beziehungsweise Fusses, nicht aber die unfallfremden Beeinträchtigungen berücksichtigt werden (Urk. 2 S. 8). Aus medizinischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte, sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, bedarfsweise die Position frei zu wählen und mit nur ausnahmsweise gehenden und

stehenden Tätigkeiten, zu 100 % zumutbar. Bei inzwischen längerer Absenz vom Arbeitsmarkt sollte jedoch eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen mit zunächst 50 %, welche innerhalb von drei Monaten kontinuierlich bis zu einem vollen Pensum gesteigert werden könne (Urk. 2 S. 10). Eine Gegenüberstellung von Invaliden- und Invalideneinkommen ergebe eine Erwerbsunfähigkeit von 31 % (Urk. 2 S. 15). Gemäss der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. D.____ vom 28. Juli 2016 sei die Integritätseinbusse mit 25 % zu bemessen

(Urk. 2 S. 17 -19 , Urk. 6) .

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer

im Wesentlichen vor, auf die Einschätzungen des Kreisarztes vom 21. Juni 2016, respektive vom 5. Dezember 2016 und vom 7. Dezember 2018 könne nicht abgestellt werden, da diese die unfallbedingten Beschwerden nicht umfassend berücksichtigen, die beklagten Beschwerden nicht adäquat in die Beurteilung einbeziehen und sich mit den anderslautenden medizinischen Akten nicht fundiert auseinandersetzen würden. Die Darlegungen des Kreisarztes zum medizinischen Sachverhalt würden nicht einleuchten und seine Schlussfolgerungen seien, insbesondere auf dem Hintergrund der verschiedenen, anderslautenden medizinischen Beurteilungen, nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig (Urk. 1 S. 3).

Es stehe fest, dass dem Beschwerdeführer eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zu Positionswechseln zur Schmerzentlastung nur noch medizinisch-theoretisch und nur im Umfang eines Kleinstpensums möglich sei (Urk. 1 S. 9). Damit stehe fest, dass der Beschwerdeführer kein Invalideneinkommen erwirtschaften könne und sein Invaliditätsgrad entsprechend 100 % betrage (Urk. 1 S. 10). Selbst wenn von einer Restarbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit von allerhöchstens 50 % auszugehen wäre, würde ein Invaliditätsgrad von 66 % resultieren. Bei der Bemessung der Integritätsentschädigung habe der Kreisarzt verschiedene Faktoren

unberücksichtigt gelassen, weshalb die von ihm festgelegte Integritätseinbusse zu tief ausfalle. Die nicht berücksichtigten Integritätsschäden würden die Erhöhung der Entschädigung um mindestens 5 % auf 30 % rechtfertigen, zumal allein die Situation am rechten Fuss einen solchen Wert rechtfertigen würde (Urk. 1 S. 11).

E. 2.3

Nicht im Streite steht zwischen den Parteien, dass die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 30. September 2016 abgeschlossen hat. Dagegen ist streitig und zu prüfen, welche gesundheitlichen Störungen bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit als unfallkausal zu berücksichtigen sind und wie hoch letztere ausfällt. 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid insbesondere auf den Bericht von Dr. D.____

über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 21. Juni 2016. Darin wurde folgende Diagnose gestellt (Urk. 7/252 S. 7): - Status nach Sturz von einem Dach aus 8 m Höhe am 9. April 2013 mit zweitgradiger offener distaler Unterschenkelfraktur, Versorgung primär mit gelenksübergreifendem Fixateur externe oberes Sprunggelenk

(OSG) rechts und VAC-Anlage am 9. April 2013. Offene Reposition, Plattenosteosynthese (9-Loch-Rekoplatt Fibula, 9-Loch anterolaterale LC-Plattenosteosynthese, 8-Loch-Drittelrohrplatte und 4-Loch-Minifragmentplatte Tibia rechts), allogene

Spongiosaanlagerung , Hoffmann II Fixateur externe-Neuanlage (sprunggelenksüberbrückend) am 17. April 2013. - Status nach Débridement und Defektdeckung mit freier Latissimus

dorsi -Lappenplastik von links und Deckung mit Spalthaut vom Oberschenkel links am 23. Mai 2013. - Status nach Lappenhebung, Dekortikation und Defektauffüllung distale Tibia rechts mit autologer Spongiosa und Allograft bei Delayed

union am 6. November 2013. - Chronische, jetzt ruhende Osteomyelitis distaler Unterschenkel rechts. - Konservative Therapie einer dislozierten Fibulakopftrümmerfraktur rechts. - Status nach bilateralen segmentalen Lungenembolien in die Unterlappen beidseits. - Status nach generalisiertem Hautexanthem bei Verdacht auf Medikamentenunverträglichkeit.

Subjektiv würden belastungsabhängige Schmerzen, Wärmegefühl, Anschwellen im Fussbereich, Taubheitsgefühl im Bereich der linken Thoraxseite , verminderte Kraft im rechten Fuss und Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk persistieren. Objektiv würden sich reizlose Weichteile, keine Ödembildung , eine muskuläre Hypotrophie im Bereich des rechten Unterschenkels, eine Spitzfussstellung von 10 Grad rechtsseitig und bildgebend im CT vom 29. Mai 2016 , eine progrediente Konsolidierung multipler Spongiosafragmente bei jedoch weiterhin bestehenden Kortikalisunterbrüchen , somit noch keiner vollständigen knöchernen Konsolidation entsprechend, finden. Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau zu rezidivierend auftretender plötzlicher Kraftlosigkeit im rechten Bein sei der Hausarzt des Beschwerdeführers zu bitten, den Beschwerdeführer zu einer neurologischen Konsiliaruntersuchung zu überweisen und die Befunde dann zur Verfügung zu stellen. Durch aktive weitere Massnahmen sei keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten, die weitere Konsolidation könne nur spontan

erfolgen, die Indikation zu weiteren operativen Eingriffen müsse im Hinblick auf die Osteomyelitis mit grosser Zurückhaltung gestellt werden, dies auch in Bezug auf eine Arthrodeese, welche betreffend das obere Sprunggelenk und die beste hende Spitzfussstellung sicherlich indiziert wäre. Somit bleibe aktuell nur die orthopädische Schuhversorgung um diese Defizite auszugleichen. Auch bei voll ständiger knöcherner Konsolidation wäre keine wesentliche Steigerung der Belastbarkeit des rechten Beines mehr möglich. Die Tätigkeit als Dachdecker sei nicht mehr zumutbar. Aus medizinischer Sicht möglich wären körperlich leichte, sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit bedarfsweise die Position frei zu wählen mit nur ausnahmsweise gehenden und

stehenden Tätigkeiten. Eine solche Tätigkeit könne jedoch zu 100 % durchgeführt werden. Bei inzwischen längerer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sollte jedoch eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen mit zunächst einer 50 % - Tätigkeit, welche innerhalb von 3 Monaten kontinuierlich bis zu einem vollen Pensum gesteigert werden könne (Urk. 7/252 S. 7-8).

Bezüglich der angegebenen Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers werde die Administration gebeten, den Befund des MRI der LWS vom 20. August 2012 anzufordern zum Vergleich, ob sich im aktuellen MRI irgendwelche Veränderungen ergeben hätten. Rein klinisch würden lediglich muskuläre Verspannungen bestehen. Bezüglich einer allfälligen Integritätserschädigung könne erst nach Erhalt des neurologischen Befundes Stellung genommen werden (Urk. 7/252 S. 8).

Nach Vorlage des angeforderten MRI-Befundes der LWS vom August 2012 (Urk. 7/258) ergänzte Dr. D. ___ am 19. Juli 2016, an der Wirbelsäule würden lediglich degenerative Veränderungen und keine unfallbedingten strukturellen Läsionen bestehen. Es seien keine wesentlichen Unterschiede zum MRI vom 26. Mai 2016 auszumachen, lediglich eine Facettengelenksarthrose sei im aktuellen MRI als aktiviert beurteilt, dies jedoch ebenfalls nicht unfallbedingt (Urk. 7/259). 3.2

Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 19. Juli 2016 über eine vom Beschwerdeführer beklagte Sensibilitätsstörung im Bereich der Unterschenkelfraktur sowie im Fuss und auch im Bereich der Latissimus

dorsi Lappenplastik links, beides sei mit dem Trauma beziehungsweise der Operation nachvollziehbar. In diesen Bereichen würden sich auch Areale mit Dysästhesien und Schmerzen befinden, welche neuropathisch anmuteten. In diesem Sinne sei der Versuch einer Therapie mit Lyrica sicher eine sinnvolle Variante. Er habe sich erlaubt, das Medikament nun deutlich zu erhöhen. Dass sich an den Defiziten etwas Wesentliches verändern lasse, halte er für unwahrscheinlich. Alternativmedizinisch könnte eine Neuraltherapie überlegt werden, welche bei neuropathisch anmutenden lokalen Beschwerden durchaus ihre Berechtigung habe (Urk. 7/262). 3.3

Am 3. März 2017 wurde von Prof. Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Nuklearmedizin und Radiologie, eine 3-Phasen Skelettszintigraphie und ein SPECT/CT des rechten Fusses durchgeführt. Dabei wurde eine aspektmässig ausgeprägte sekundäre OSG-Arthrose tibialseitig /Übergang zum lateralen Malleolus OSG rechts festgestellt. Zudem deutliche Umbauzonen mit Osteopenie ca. 5 cm oberhalb des OSG-Gelenkspalts laterale Corticalis der Tibia rechts ohne hier entzündliche Aktivität (Differentialdiagnose: geringe Pseudarthrosenbildung). Es wurde auf eine auffallend verminderte Einflussphase/Frühphase im Bereich der unteren Extremität rechts im Vergleich zur

Gegenseite, in der Spätphase aber symmetrisch insbesondere Kniegelenk/Hüftgelenke (Differentialdiagnose: Inaktivität/nicht belastet) , hingewiesen. Ferner würden noch geringgradig Um bauzonen im Bereiche der Plattenosteosynthese medial und proximal Tibia rechts bestehen (Urk. 7/326). 3.4

Am 8. Juni 2017 wurde im A.____ eine klinisch-radiologische Verlaufskontrolle durchgeführt. Es habe sich am OSG rechts keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung gezeigt. Die Lappen seien vital, es bestünde keine Druckdolenz über den ossären Strukturen, der ROM Sprunggelenk sei deutlich schmerzhaft und eingeschränkt, auch liege ein axialer Stauchungsschmerz vor . Es hätten sich stationäre Verhältnisse gezeigt. Klinisch ergebe sich kein Hinweis auf ein erneutes Aufflammen der vormals beschriebenen Osteomyelitis (Urk. 7/335).

Anlässlich einer weiteren klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle am A.____ vom 12 . Dezember 2017 berichtet e der Beschwerdeführer , dass seine Beschwerden deutlich nachgelassen hätten. Allerdings habe er noch diskrete Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenks, weshalb er regelmässig Dafalgan und bei Bedarf auch Mefenacid einnehme. Es wurde keine Rötung, keine Überwärmung und keine Schwellung am rechten Unterschenkel festgestellt. Es bestehe eine Druckdolenz im Bereich der Tibiakante sowie über dem Grosszehen-Grundgelenk. Die übrige Palpation sei unauffällig, kein axialer Stauchungsschmerz. Es sei von einem regelrechten Heilungsverlauf auszugehen. Klinisch hätten sich keine Zeichen eines akuten, infektiösen Geschehens gezeigt. Mit den orthopädischen Massschuhen, dem Arthrodeseschuh rechts und einer Gehhilfe links sei der Beschwerdeführer gut in der Lage, sich fortzubewegen. Klinisch bestehe kein Anhalt für eine Entzündung. Konventionell-radiologisch zeige sich das Osteosynthesematerial intakt und in situ (Urk. 7/336). 3.5

In seiner kreisärztlichen Stellungnahme vom 7. Dezember 2018

hielt Dr. D.____

fest , dass sich in den seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Juni 2016 eingegangenen Berichten (klinische Untersuchungen und Bildgebung) keine neuen Befunde finden

würden , die dem formulierten Zumutbarkeitsprofil wider sprechen würden. Auch im Bericht des A.____ vom 10. Dezember 2016 werde eine Umschulung auf leichte körperliche Tätigkeiten empfohlen, das Zumutbarkeitsprofil entspreche dem voll und ganz. Dass zunehmende arthrotische Veränderungen im OSG auftreten würden, ändere nichts an der Zumutbarkeit, da diese Funktionseinschränkung bereits berücksichtigt worden sei (Urk. 7/342). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich

in medizinischer Hinsicht auf die Einschätzung durch den Kreisarzt Dr. D.____ vom 21. Juni 2016 (vgl. E. 3.1), wonach körperlich leichte, sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit bedarfsweise die Position frei zu wählen mit nur ausnahmsweise gehenden und

stehenden Tätigkeiten , zu 100 % möglich seien. 4.2

Der kreisärztliche Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2016 wurde von einem Facharzt für Chirurgie erstattet, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers

(Urk. 7/252 S. 5-7), berücksichtigt auch die von ihm geklagten Beschwerden (Urk. 7/252 S. 5), wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab gegeben (Urk. 7/252 S. 1-5), leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten wurden begründet (Urk. 7/252 S. 7-8). Damit erfüllt der kreisärztliche Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2016 die formellen Voraussetzungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6).

Im Bestreben um eine vollständige medizinische Aktenlage forderte Dr. D.____ den Befund des MRI aus dem August 2012 an und initiierte eine neurologische Untersuchung (E. 3.1). Mit Stellungnahme vom 7. Dezember 2018 bestätigte er so dann, dass seine Einschätzung vom 21. Juni 2016 auch unter Berücksichtigung der neuen medizinischen Akten nach wie vor gültig sei (E. 3.5). 4.3

Vorwegzunehmen ist, dass – sofern wie vorliegend keine Anzeichen für eine Pathologie im psychiatrischen Bereich bestehen – der Unfallversicherer nur für organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen einzustehen hat. Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge wie folgt:

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hier bei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.4 4.4.1

Der Beschwerdeführer erachtet die kreisärztliche Beurteilung von Dr. D.____ als nicht beweiskräftig (E. 2.2). 4.4 .2

Dr. D.____ berücksichtigte bei der Definition des Belastungsprofils ausschliesslich die Verletzung am rechten Fuss beziehungsweise Unterschenkel (vgl. E. 3.1). Da hingegen erachtete der Beschwerdeführer verschiedene weitere Beschwerdekompexe als unfallkausal und damit im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung zu berücksichtigen: Er leide auch an der linken Thoraxseite an Schmerzen und Gefühlsstörungen, wo ihm Muskelgewebe entnommen worden sei. Zudem würden

schmerzhafte Stellen an der Hüfte bestehen , wo Knochenmaterial entnommen worden sei , und er leide an Beschwerden aufgrund der andauernden Fehlbelastung, respektive des andauernden Stockgebrauchs (Urk. 1 S. 7).

Dr. D.____ waren die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden an der linken Thoraxseite und an der Hüfte bekannt (Urk. 7/252 S. 5-6). In seiner im Rahmen des Einspracheverfahrens erstatteten Beurteilung vom 5. Dezember 2016 begründete er einlässlich und nachvollziehbar, weshalb die Beschwerden nicht in Zusammenhang zu der Latissimus

dorsi -Plastik stehen würden und deshalb keine Unfallkausalität bestehe (Urk. 7/303 S. 6). Auch die Einschätzung von Dr. E.____ vom 19. Juli 2016 (E. 3.2) vermag daran nichts zu ändern, zumal er die Schmerzen nur als «neuropathisch anmutend» bezeichnete. Objektiviert werden konnte diesbezüglich lediglich eine Tendinopathie (Urk. 7/291 , Urk. 7/304, Urk. 7/305), welche sich – ihrer degenerativen Natur wegen (Urk. 7/303 S. 6 , Urk. 7/316 S. 6 , vgl. auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., S. 1640) –

gegen eine Unfallkausalität ausspricht.

Inwiefern sich aus den vom Beschwerdeführer präsentierten Beschwerden an der Hüfte eine im Belastungsprofil unberücksichtigte Einschränkung der Funktionalität ergeben soll (vgl. Urk. 1 S. 7), erhellt sich auch vor dem Hintergrund der anlässlich der Untersuchung vom 21. Juni 2016 erhobenen uneingeschränkten Beweglichkeit (Urk. 7/252 S. 6) nicht.

Der Beschwerdeführer bringt vor, an – kreisärztlich unberücksichtigten – Beschwerden aufgrund der andauernden Fehlbelastung respektive des andauernden Stockgebrauchs zu leiden (Urk. 1 S. 7). Seinen beschwerdeweisen Vorbringen lässt sich jedoch nicht entnehmen,

inwiefern er in diesem Zusammenhang eine im Belastungsprofil unberücksichtigte Einschränkung der Funktionalität als gegeben erachtet. Sodann hat sich Dr. D.____ ausführlich mit der Thematik von funktionellen Auswirkungen einer allfälligen Fehlbelastung – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers auch durch Stockgebrauch – befasst und solche

nachvollziehbar verneint (Urk. 7/303 S. 6). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer bereits im Bericht des A.____ vom 7. Juli 2014 empfohlen wurde, die Unterarmgehstütze rechts abzutrainieren (Urk. 7/139). Danach wurde er von den Ärzten des A.____

wiederholt dazu angehalten, den Unterarmgehstock wegzulassen (Urk. 7/191, vgl. auch Urk. 7/218). Dass der Beschwerdeführer den Gehstock trotz fehlender medizinischer Indikation

weiterhin konstant eingesetzt hat, würde sich sodann ohnehin gegen eine Unfallkausalität allfälliger durch eine Fehlbelastung bewirkten Beschwerden aussprechen.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass Dr. D.____ korrekterweise nur die Beschwerden am Unterschenkel beziehungsweise am Fuss als unfallkausal respektive funktionell einschränkend berücksichtigte. 4. 4.3

Folgt man den Ausführungen des Beschwerdeführers, so wurde den belastungsunabhängigen Dauerschmerzen in der kreisärztlichen Beurteilung ungerechtfertigterweise keine Rechnung getragen (Urk. 1 S. 3 ff.). Dr. D.____

berücksichtigte bei seiner Beurteilung die Angabe des Beschwerdeführers, wonach er immer wie der Schmerzen habe, erachtete aber ausschliesslich belastungsabhängige Schmerzen als einschränkend (Urk. 7/252 S. 5 und S. 7).

Der Beschwerdeführer erachtet die geltend gemachten Dauerschmerzen als anhand der medizinischen Akten objektivierbar. Den Akten lassen sich verschiedene Berichte entnehmen, welche Dauerschmerzen des Beschwerdeführers festhalten (vgl.

E. 3.2, Urk. 7/227, Urk. 7/242, Urk. 7/321). Die betreffenden Berichte geben aber lediglich die subjektive Schmerzsituation des Beschwerdeführers wieder. Der Einschätzung des Neurologen, Dr. E.____, wonach Areale mit Dysästhesien und Schmerzen bestünden, welche neuropathisch anmuteten (vgl. E. 3.2),

kommt

kein abschliessender Charakter zu und fehlt es an einer auf objektiven Befunden beruhenden Begründung, um gestützt darauf ein somatisches Korrelat für Dauer Schmerzen annehmen zu können.

Auch die Osteomyelitis stellt kein objektives Korrelat für Dauerschmerzen dar, zumal diese anerkanntermassen (vgl. Urk. 1 S. 4) ruhend ist und sich keine konkreten Hinweise für ein Aufflammen derselben ergeben haben (vgl. E. 3.4). Der Möglichkeit einer Exazerbation (Urk. 1 S. 4) fehlt es an Relevanz in Bezug auf die vorliegend zu beurteilende Schmerzsituation.

Der Beschwerdeführer führt die Dauerschmerzen auch auf eine sehr aktive Arthrose im OSG zurück (Urk. 1 S. 5). Dem von ihm angerufenen Bericht zur am 3. März 2017 durchgeführten 3-Phasen Skelettszintigraphie und SPECT/CT des rechten Fusses lässt sich eine ausgeprägt aktivierte sekundäre OSG-Arthrose tibialseitig /Übergang zum lateralen Malleolus OSG rechts entnehmen (E. 3.3). Bereits im Bericht des A.____ vom 7. Juli 2014 wurde – basierend auf einer derzeit aktuellen Bildgebung – von einer ernsthaften posttraumatischen Arthrose im oberen Sprunggelenk berichtet (Urk. 7/139). Auf die posttraumatische OSG-Arthrose wurde sodann auch im Bericht des A.____ vom 14. Januar 2016 hingewiesen (Urk. 7/227).

Die beiden letzten Berichte lagen Dr. D.____ bei seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 21. Juni 2016 vor (Urk. 7/252 S. 3-4), er berücksichtigte die OSG-Arthrose sodann auch bei der Schätzung der Integritätseinbusse (Urk. 7/266 S. 3, Urk. 7/303 S. 7). Wie auch die vorberichtenden Ärzte führte Dr. D.____ die geäusserten Dauerschmerzen nicht auf die OSG-Arthrose zurück. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers bezeichnete Prof. Dr. F.____ die Arthrose in seinem Bericht vom 3. März 2017 nicht als Schmerzursache, sondern hielt diese lediglich als bildgebend aufgewiesenen Befund fest (E. 3.3).

Der Telefonnotiz vom 30. Mai 2017 lässt sich – losgelöst von jeglicher medizinischen Begründung – lediglich entnehmen, dass PD Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der Arthrose ursächliche Wirkung bezüglich der generellen Schmerzsymptomatik beimisst, jedoch nicht, dass er diese als Ursache für belastungs- und abhängige Dauerschmerzen erachtet (Urk. 3/2). Mit Blick auf die medizinische Aktenlage ist damit nicht erstellt, dass die OSG-Arthrose über die im Belastungsprofil berücksichtigten belastungsabhängigen Beschwerden hinaus

zu weiteren funktionellen Einschränkungen führt.

Soweit der Beschwerdeführer die Dauerschmerzen auf einen Umbauprozess in der traumatisierten Unterschenkelknochenzone zurückführt (Urk. 1 S. 6), ist ihm entgegenzuhalten, dass Dr. D.____ in seiner Beurteilung vom 21. Juni 2016 von einer progredienten Konsolidierung multipler Spongiosafragmente mit weiterhin bestehenden Kortikalisunterbrüchen und somit ebenfalls von keiner vollständigen knöchernen Konsolidation ausgegangen ist (Urk. 7/252 S. 7, vgl. auch Urk. 7/266 S. 1). Auch bei vollständiger knöcherner Konsolidation werde keine wesentliche Steigerung der Belastbarkeit des rechten Beines mehr möglich sein (Urk. 7/252 S. 8). Dass der lang andauernde Umbauprozess mit bis heute fehlender vollständiger knöcherner Konsolidierung – wie vom Beschwerdeführer behauptet (Urk. 1 S. 6) – eine Ursache der Dauerschmerzen darstellen soll, findet keine Bestätigung in den medizinischen Akten.

Die Ärzte wiesen verschiedentlich auf eine Schwellung beziehungsweise eine Schwellungsneigung am OSG hin (vgl. Urk. 7/163 S. 4, Urk. 7/242 S. 3, Urk. 7/308 S. 2). Anlässlich der Konsultationen am

A.____ vom 1. Dezember 2016 und vom 9. Juni 2017 wurden jedoch keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung des rechten OSG festgestellt (Urk. 7/306, Urk. 7/335). Entgegen de m

Vorbringen des Beschwerdeführer s (Urk. 1 S. 6) besteht sodann auch kein Anhalt zur Annahme, dass langes Sitzen eine Schwellung beziehungsweise eine Durchblutungsstörung begünstigen würde.

So wurde im Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 24. November 2014 zwar eine Schwellungsneigung fest gehalten, zur Schonung des rechten Unterschenkels aber explizit eine ausschliessend sitzende Tätigkeit empfohlen (Urk. 7/163 S. 3). Auch im Bericht des A.____

vom 24. Mai 2016 wurde – trotz festgestellter leichtgradiger Schwellung – eine Arbeitstätigkeit in sitzender Position mit leichter, wechselnder körperlicher Belastung in einem niedrigen Arbeitspensum als theoretisch möglich bezeichnet (Urk. 7/242 S. 3). Damit besteht nur schon keine Grundlage zur Annahme, dass das kreisärztliche Belastungsprofil mit einer mehrheitlich sitzenden Tätigkeit die Entstehung einer Schwellung begünstigt. Ferner ist nicht belegt, inwiefern gelegentlich auftretende Schwellungen und allfällige damit zusammenhängende Durchblutungsstörungen für Dauerschmerzen verantwortlich sein sollen, zumal keiner der berichtenden Ärzte die Schwellung oder Durchblutungsstörungen als Schmerzursachen annte.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. G.____

am 8. Dezember 2016 ausschliesslich belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen schilderte (Urk. 7/308). Im Bericht des A.____ vom 10. Dezember 2016 ist

nur von belastungsabhängigen Schmerzen die Rede (Urk. 7/306). Auch im Bericht des A.____ vom 9. Juni 2017 werden ausschliesslich belastungsabhängige Beschwerden erwähnt, derentwegen auch die tägliche Einnahme von Analgetika erfolge (Urk. 7/335). Anlässlich der Untersuchung am A.____ vom 12. Dezember 2017 berichtete der Beschwerdeführer gar von einem deutlichen Nachlassen der Beschwerden, und nur noch von diskreten Schmerzen im rechten Sprunggelenk (Urk. 7/336).

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführer s keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken vermögen. 4.5

Der Beschwerdeführer stützt sich zur Begründung seines Standpunkts, wonach ihm keine oder nur noch eine zeitlich stark reduzierte Leistungsfähigkeit zuzumuten sei, auf den Bericht des A.____ vom 24. Mai 2016 (Urk. 7/242), das Schreiben von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Nephrologie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 29. Juni 2016 (Urk. 3/3) sowie auf den Bericht zur Potenzialabklärung der C.____

vom 8. Juli 2015 (Urk. 7/214 S. 4-7; Urk. 1 S. 8). Der Einschätzung des A.____ sowie dem Schreiben von Dr. H.____

sind keine objektiven Befunde zu entnehmen, welche im Rahmen der kreisärztlichen Beurteilung unberücksichtigt blieben. Ferner lassen die beiden Einschätzungen eine medizinisch nachvollziehbare Begründung vermissen und es lässt sich daraus nicht

erschlies sen, weshalb auch in einer angepassten leichten Tätigkeit funktionelle Einschränkungen bestehen sollten . Daneben darf der Erfahrungstatsache

Rechnung getra gen werden, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 4 65 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), womit sich die betreffenden Einschätzungen insgesamt als nicht geeignet erweisen, die kreisärztliche Beurteilung von Dr. D.____ in Zweifel zu ziehen. Auch der Bericht zur Potenzialabklärung vom 8. Juli 2015 (Urk. 7/214 S. 4-7) vermag die Beurteilung von Dr. D.____

nicht in Zweifel zu ziehen. Denn nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteil des Bundesgerichts 8C_802/2017 vom 21. Februar 2018 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Zudem konnte die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers aufgrund der verkürzten Dauer der beruflichen Massnahme bei frühzeitigem Abbruch nicht abschliessend eingeschätzt werden (Urk. 7/214 S. 7), zumal die Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Bericht der C.____ vom 8. Juli 2015 in zeitlicher Hinsicht für die Beurteilung im Zeitpunkt der Rentenprüfung per 1. Oktober 2016 ohnehin nur bedingt Bedeutung beizumessen wäre. 4.6

Zusammengefasst vermögen weder die Einwände des Beschwerdeführers noch die sonstigen medizinischen Unterlagen den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2016 in Zweifel zu ziehen. Auch drängen sich aufgrund der abweichenden Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle, welche Grundlage der Invaliditätsschätzung letzterer bildete (vgl. Urk. 7/330 S. 3), keine weiterführenden Abklärungen auf , besteht doch im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig (BGE 133 V 549 E. 6.1). Zudem lässt das von der IV-Stelle definierte Anforderungsprofil mit unter anderem Einschränkungen hinsichtlich Arbeiten über Kopf darauf schliessen, dass darin auch nicht unfallkausale Beschwerden Berücksichtigung fanden. Bezeichnenderweise liess denn auch der Beschwerdeführer hierzu nichts vorbringen.

Damit ist auf die betreffende Beurteilung von Dr. D.____ abzustellen und mit Bezug auf den unfallbedingten Gesundheitsschaden von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer körperlich leichten, sitzenden Tätigkeiten mit der Möglichkeit bedarfsweise die Position frei zu wählen mit nur ausnahmsweise gehenden und stehenden Tätigkeiten ab Ende September 2016 auszugehen (vgl. E. 3.1) . 5.

5.1

Die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit sind anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (E. 1.4). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da

es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf die Angaben der früheren Arbeitgeberinnen und ging für das Jahr 2016 von einem Einkommen von insgesamt Fr. 97'408.-- aus (Urk. 2 S. 14, Urk. 7/256 S. 2, Urk. 7/267). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und wurde denn auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten (vgl. Urk. 1 S. 11). 5.3

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) 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 verbliebene 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 (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

Der Beschwerdeführer geht derzeit keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Dass die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens zu Recht auf Stellenprofile der Dokumentation der Arbeitsplätze (DAP) abstellte, blieb von Seiten des Beschwerdeführers dem Grundsatz nach unbestritten (Urk. 1 S. 9-11) und steht im Einklang mit der Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_800/2017 vom 21. Juni 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Einwände des Beschwerdeführers gegen die konkreten DAP-Stellenprofile (Urk. 1 S. 9-10) lassen unberücksichtigt, dass ihm eine angepasste Tätigkeit gemäss dem kreisärztlichen Belastungsprofil vollumfänglich zumutbar ist (vgl. E. 4.6). Nicht zu hören ist folglich sein Vorbringen, wonach bei einigen der ausgewählten Stellenprofile keine Teilzeitarbeit möglich sei. Entgegen seiner Annahme bilden weder das Erfordernis von Entlastungspausen noch die Möglichkeit, den Fuss hochlagern zu können, Bestandteile des medizinischen Belastungsprofils. Auch spricht sich dieses nicht gegen die Zumutbarkeit aus, kurze Gehstrecken ohne Hilfsmittel zurückzulegen und selten leichte Gegenstände von 5-10 kg bis Lendenhöhe zu tragen (E. 4.6). Inwiefern es dem Beschwerdeführer ohne Weiterbildung nicht möglich sein soll, die bei DAP-Nr. 3512 vorausgesetzte «Leichte PC-Arbeit zum Eingeben der Daten» (Urk. 7/269 S. 25) auszuüben, ist unklar. Mit einer Anlehre ist eine in der Regel kurz dauernde Einarbeitung in den neuen Arbeitsbereich gemeint, womit entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers sichergestellt ist, dass in den ausgewählten DAP-Stellenprofilen keine Stellen enthalten sind, welche eine höhere berufliche Qualifikation beziehungsweise eine Umschulung erfordern (Urteil des Bundesgerichts 8C_215/2015 vom 17. November 2015 E. 4.7.2).

Somit erweisen sich die Einwände des Beschwerdeführers gegen die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten DAP-Stellenprofile als nicht stichhaltig. Auch die übrigen formellen Anforderungen betreffend die Verwendung der DAP (BGE 139 V 592 E. 6) sind erfüllt. Da das von der Beschwerdegegnerin eingesetzte Valideneinkommen ebenfalls nicht zu beanstanden ist (E. 5.2), ist die Invaliditätsbemessung insgesamt zutreffend, das heisst es besteht ein Anspruch auf eine Rente für einen Invaliditätsgrad von 31 % (Urk. 2 S. 15).

Diesbezüglich ist die Beschwerde abzuweisen. Anzumerken ist, dass die Rente aufgrund der ab 1. April 2014 zugesprochenen Rente der Invalidenversicherung (Urk. 7/330) als Komplementärrente gemäss Art. 20 Abs. 2 UVG auszurichten ist. 6.

Hinsichtlich der Integritätsentschädigung bleibt festzuhalten, dass gestützt auf die in allen Teilen nachvollziehbare Beurteilung von Dr. D.____ vom 28. Juli 2016 (Urk. 7/266) eine radiologisch nachweisbare OSG-Arthrose besteht und der Beschwerdeführer durch belastungsabhängige Schmerzen funktionell beeinträchtigt ist. Dr. D.____ stützte sich bei seiner Schätzung direkt auf den Anhang 3 der UVV (Art. 36 Abs. 2 UVG) und orientierte sich an dem darin mit einer Integritätseinbusse von 50 % bemessenen Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks. Er erachtete den Beschwerdeführer als im Quervergleich dazu deutlich bessergestellt, da er nach wie vor auf beiden Beinen stehen und mit beiden Beinen gehen könne, weshalb er den Integritätsschaden auf die Hälfte einer kompletten Amputation schätzte (Urk. 7/266 S. 2, Urk. 7/303 S. 7).

Die von Dr. D.____ abgegebene Schätzung des Integritätsschadens wurde, soweit ersichtlich, von keiner medizinischen Fachperson angezweifelt, womit auch keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der Schätzung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_541/2012 vom 31. Oktober 2013 E. 4.1 und 4.2). Ein Vergleich mit der Suva-Tabelle 5 (Integritätsschaden bei Arthrosen), welche bei schweren OSG-Arthrosen einen Schaden von 15-30 % postuliert, bestätigt die Einschätzung von Dr. D.____ denn auch. Soweit der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, seine Dauerschmerzen seien von Dr. D.____ nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 11), ist er auf E. 4.4.3 zu verweisen. Was die beschränkte Belastbarkeit des rechten Beines aufgrund der nicht vollständigen Konsolidierung des Knochens anbelangt (Urk. 1 S. 11) und die angeblich bleiben den unfallkausalen Einschränkungen im Bereich Hüfte und Rücken gilt

das unter E. 4.4.2 Erwogene. In Bezug auf die Fehlstellung des Fusses mit einem Spitzfuss von 10 % (Urk. 1 S. 11) ist zu berücksichtigen, dass die Suva-Tabelle 2 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten) einen Schaden bei einem Spitzfuss nur im Falle der Steifheit des Sprunggelenkes und des Mittelfusses vorsieht. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 25 % zugesprochen hat. 7.

Demzufolge ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Sintzel - Suva - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Gesundheitsschaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 12

E. 9

V 177).

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