

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00073 vom 28. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00073](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00073)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00073 du 28 décembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00073 del 28 dicembre 2020

## Erwägungen

### E. 1.1

X.\_\_\_\_, geboren 1964, war ab 1. April 2001 bei der politischen Gemeinde Y.\_\_\_\_ als Bademeister/Werkhofmitarbeiter angestellt und bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 21. Februar 2013 beim Aussteigen aus dem Auto auf eine Eisplatte trat und sich den rechten Fuss «abknickte» (Urk. 7/1).

Die ärztliche Erstversorgung fand bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FHM für Innere Medizin, statt, der einen traumatisierten Morbus Köhler diagnostizierte (Urk. 7/11). Am 2. Juli 2013 teilte der Versicherte der Suva mit, dass die Behandlung abgeschlossen sei (Urk. 7/15).

### E. 1.2

Mit Arzzeugnis UVG vom 27. März 2014 (Urk. 7/18) brachte Dr. Z.\_\_\_\_ der Suva zur Kenntnis, dass sich der Versicherte am 31. Oktober 2013 bei der Arbeit im Geleisebau beim Gehen auf dem Schotter ein Distorsionstrauma am Mittelfuss rechts zugezogen habe. Am 27. Mai 2014 reichte der Leitende Arzt Dr. med. A.\_\_\_\_ vom Kantonsspital B.\_\_\_\_ seinen Bericht zu den Akten (Urk. 7/21). Am 28. Mai 2014 berichteten der Leitende Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ und Oberärztin Dr.

med. D.\_\_\_\_

vom Kantonsspital B.\_\_\_\_ über die Ergebnisse der durchgeführten Ganzkörperskelettszintigraphie mit SPECT-CT des Fusses rechts (Urk. 7/22).

Am 22. Juli 2014 meldete die nunmehrige Arbeitgeberin des Versicherten, die E.\_\_\_\_ AG, die Verletzung vom 31. Oktober 2013 bei der Suva als Rückfall zum Unfall vom 21. Februar 2013 an (Urk. 7/26).

Am 24. November 2014 wurde der Versicherte im Kantonsspital B.\_\_\_\_

operiert (Urk. 7/34: «Revision talonaviculär mit Arthrodesse und Schraubenfixation Fuss rechts [ICD-9-CM 81.12.12]). Dort blieb er bis zum 27. November 2014 hospitalisiert (Urk. 7/49); auch in der Folge wurde er regelmässig im Kantonsspital B.\_\_\_\_ untersucht (vgl. etwa Urk. 7/61, 7/75 und 7/81 /2-3). Am 11. Juni 2015 musste sich der Versicherte einem weiteren operativen Eingriff unterziehen (Urk. 7/81 /4-5 : «

Osteosynthesematerialentfernung Os naviculare rechts»). Postoperativ fanden weitere Untersuchungen im Kantonsspital B.\_\_\_\_ statt (vgl. Urk. 7/81/8-11 und 7/82). Vom 14. bis 28. Dezember 2015 musste sich der Versicherte wegen einer Wundheilungsstörung in stationäre Behandlung am Kantonsspital B.\_\_\_\_ begeben (Urk. 7/110 /2-3). Eine weitere Operation wurde am 22. Februar 2016 notwendig (Urk. 7/116). Der Versicherte blieb bis

zum 4. April 2016 im Kantonsspital B.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 7/122). Am 24. Oktober 2016 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, seinen Bericht (Urk. 7/143).

Am 23. August

2017 fand die kreisärztliche Abschlussuntersuchung statt (Urk. 7/165). Gleichentags schätzte Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den erlittenen Integritätschaden (Urk. 7/164).

### **E. 1.3**

Mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 (Urk. 7/180) teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie den Fall «formell» per 1. Februar 2018 abschliessen werde und ab diesem Zeitpunkt nur noch für jährlich 4 bis 7 lokale Infiltrationen und für orthopädische Massschuhe aufkommen werde. Von weiteren Massnahmen seien nach kreisärztlicher Einschätzung keine wesentlichen Verbesserungen mehr zu erwarten.

Mit Verfügung vom 21. Dezember 2017 (Urk. 7/190) sprach die Suva dem Versicherten ab 1. Februar 2018 eine auf einem Invaliditätsgrad von 13 % basierende Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung von 20 % zu. Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 1. Februar 2018 (Urk. 7/194) Einsprache erheben (vgl. auch Urk. 7/199).

### **E. 1.4**

Am 7. Juni 2018 wurde der Suva ein weiterer Rückfall gemeldet (Urk. 7/207). Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ verneinte am 13. Juni 2018 (Urk. 7/211/3) einen Zusammenhang zwischen den als Rückfall gemeldeten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 21. Februar 2013.

Mit Verfügung vom 18. Juni 2018 (Urk. 7/214) verneinte die Suva bezüglich des am 7. Juni 2018 gemeldeten Rückfalls ihre Leistungspflicht. Auch gegen diese Verfügung liess der Versicherte Einsprache erheben (Urk. 7/219).

### **E. 1.5**

Mit Entscheid vom 26. Februar 2019 (Urk. 2) wies die Suva die beiden Einsprachen ab.

## **E. 2**

Dem mittellosen Beschwerdeführer sei [...] ein unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben.

### **E. 2.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) noch nicht abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG *et contrario*).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

### **E. 2.2**

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [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 anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

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. 2.4**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 2.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 3**

Unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Suva schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 29. April 2019 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 11. Juli 2019 (Urk. 14) wurde dem Versicherten ein unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt.

Replicando und dupli cando hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk. 15 und 19). Mit Eingabe vom 21. und 22. April 2020 (Urk. 21 und 23) liess der Versicherte weitere medizinische Unterlagen ins Recht reichen. Hierzu nahm die Suva am 8. Mai 2020 Stellung (Urk. 27). Am 15. Mai 2020 liess sich der Versicherte nochmals vernehmen (Urk. 29). Auch diese Stellungnahme wurde der Suva zur Kenntnisnahme zuge stellt.

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 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 ver wirkt 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 ausge bro chen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Über gangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilenden Unfall hat sich im Jahr 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwen dung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 2.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. Februar 2019 (Urk. 2) zur Begründung des Fallabschlusses per Ende Januar 2018 beziehungsweise der Zusprache einer auf einem Invaliditätsgrad von 13 % basierenden Invalidenrente ab 1. Februar 2018 sowie einer Integritätsentschä di gung von 20 % im Wesentlichen aus, dass es sowohl gestützt auf die

Einschät zung des Kreisarztes als auch auf die Beurteilung der Klinik H. \_\_\_ vom 12. Februar 2018 nicht z u beanstanden sei, wenn mit Verfügung vom 21. Dezember 2017 der Rentenbeginn auf den 1. Februar 2018 festgelegt worden sei (S. 7 f.). Des Weiteren gelte folgendes Zumutbarkeitsprofil: Aus medizinischer Sicht sei dem Be schwer de führer trotz den verbleibenden Unfallrestfolgen am rechten Fuss noch jede vorwiegend sitzende Tätigkeit (50 Minuten Sitzen, 10 Minuten Gehen/ Stehen ) ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg im Stehen und Gehen ganztags zumutbar. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei von einem Invalidenlohn von Fr. 61'192. -- und von einem Validenlohn von Fr. 70'470. -- auszugehen. Daraus ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 13,17 %, gerundet 13 % (S. 6 f.). Auch die zugesprochene Integritätsentschädigung von 20 % sei gestützt auf die Schätzung des Kreisarztes korrekt (S. 11).

Im Rahmen des vorliegenden Prozesses hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Standpunkten fest, und zwar namentlich auch daran, dass der Fallabschluss zu erfolgen habe, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine nam hafte Besserung des

Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei. Dies sei vorliegend der Fall gewesen. Zwar hätten sowohl der Kreisarzt als auch das Kantonsspital B.\_\_\_\_ gewisse weitere medizinischen Massnahmen für erforderlich gehalten. Solche Massnahmen hätten jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine erhebliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Sinne einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr erwarten lassen, sondern lediglich eine Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit (Urk. 6 S. 3 ff.; vgl. auch Urk. 19).

In ihrer Eingabe vom 8. Mai 2020 (Urk. 27) wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass sie die Frage, ob durch eine weitere Heilbehandlung noch eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei, seinerzeit prospektiv beurteilen müssten. Somit sei nicht von Belang, dass sich der Beschwerdeführer am 24. Oktober 2020 nochmals am rechten Fuss werde operieren lassen.

### **E. 3.2**

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift vom 19. März 2019 (Urk. 1) im Wesentlichen vortragen, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt sei. Er sei nach wie vor nur eingeschränkt mobil, da er sich nur mit Hilfe von Gehstöcken bewegen könne. Es seien auch nicht sämtliche therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft worden. Der Endzustand sei noch nicht erreicht. Das Kantonsspital B.\_\_\_\_ betrachte den Beschwerdeführer als nicht arbeitsfähig. Das Zumutbarkeitsprofil, welches die Beschwerdegegnerin angewandt habe, sei nicht korrekt. Die offenkundig unfallbedingte Schmerzproblematik sei überhaupt nicht in die Beurteilung eingeflossen. Im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_, auf den sich die Beschwerdegegnerin entscheidend stütze, finde sich keine neurologische Beurteilung. Aufgrund der Schmerzproblematik dürfe nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in einer rein sitzenden Tätigkeit voll einsetzbar und entsprechend leistungsfähig sei. Es seien insbesondere neurologische Abklärungen notwendig, und zwar unter Beteiligung eines Schmerztherapeuten.

Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung werde hinsichtlich eines neuropathischen Schmerzsyndroms lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt. Eine eigentliche Diagnose bezüglich der Funktionen von oberem und unterem Sprunggelenk finde sich nicht, obwohl bezüglich Beweglichkeit der Sprunggelenke und der Flexion belastende Befunde festgehalten worden seien. Bereits deshalb könne auf die kreisärztliche Beurteilung nicht abgestellt werden. Die Ausführungen des Kreisarztes seien bagatellisierend. Aufgrund der neu eingereichten Berichte der Klinik I.\_\_\_\_ sei nunmehr sicher, dass ein neuropathisches Schmerzsyndrom bestehe. Allerdings finde sich in diesen Berichten keine Einschätzung der einhergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Auch aus diesem Grunde sei eine weitere Begutachtung erforderlich. Die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er auch in Ruhe Schmerzen verspüre, hätten objektiviert werden können. Die Beschwerdegegnerin beziehungsweise der Kreisarzt hätten zu Unrecht auch nicht berücksichtigt, dass es bei Belastung zu einer Schwellung des Fussgelenkes komme. Diese Angaben habe der Kreisarzt schlichtweg übergangen. Jedenfalls könne der Beschwerdeführer auch eine sitzende Tätigkeit nicht zu 100 % ausüben. Mangels endgültiger Diagnose sei auch die zugesprochene Integritätsentschädigung masslich nicht nachvollziehbar (Urk. 15 ; vgl. auch Urk. 23 und 29 ).

### **E. 3.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin zu Recht die Heilbehandlungen - und Taggeldleistungen per Ende Januar 2018 eingestellt hat, weil zu diesem Zeitpunkt der medizinische Endzustand eingetreten war. Bejahendenfalls ist weiter zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung hat als die ihm zugesprochenen Leistungen (auf einem Invaliditätsgrad von 13 % basierende Rente beziehungsweise Integritätsentschädigung von 20 %).

#### **E. 4**

Nachfolgend werden lediglich diejenigen medizinischen Akten wiedergegeben, die grundsätzlich geeignet sind, die strittigen Fragenkomplexe zu erhellen.

##### **E. 4.1**

Der Leitende Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ vom Kantonsspital B.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 11. Januar 2017 (Urk. 7/151) folgende Diagnose: Verdacht auf neuropathisches Schmerzsyndrom Fuss links [richtig wohl: rechts] mit Betonung im Versorgungsgebiet des Nervus

plan talaris

medialis rechts bei Verdacht auf partielle Schädigung (Neuropathie) des Nervus tibialis im distalen hinteren Tarsaltunnelabschnitt rechts bei -

plastischer Deckung lateraler Fussrücken rechts am 22.02.2016 bei persistierender Wundheilungsstörung -

OSME Kalkaneus mit ausgiebigem Débridement Fuss rechts am 14.12.2015 bei postoperativer Infektion und Osteomyelitis mit Mischflora und Pseudomonas

aeruginosa Fuss rechts -

subtalarer

Arthrodesse Fuss rechts vom 17.09.2015 bei symptomatischer Subtalararthrose -

Osteosynthesematerialentfernung Os naviculare am 11.06.2015 bei Ansatzreizung der Tibialis - posterior - Sehne und postoperativem Tarsaltunnelsyndrom Fuss rechts -

Arthrodesse

talonaviculär Fuss rechts am 24.11.2014 bei posttraumatischen Restbeschwerden nach Rückfussdistorsion 2013 und progredienter Arthrose talonavicular

Der Beschwerdeführer habe sich zu einer geplanten klinischen Verlaufskontrolle vorgestellt. Er gebe weiterhin Schmerzen im Bereich der Innenseite des Rückfusses an. Die Physiotherapie habe keine Besserung gebracht. Die verordneten Einlagen würden getragen.

Dr. J.\_\_\_\_ erhob folgende Befunde: «Regelrechts Alignment vom Rückfuss. Die Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk ist aufgehoben. Es besteht ein Druckschmerz im Bereich des posteromedialen

Malleolus, im Verlauf der Tibialis

posteriorer Sehne. Keine Dysästhesie im Bereich der Ferse.»

Zur weiteren Differenzialdiagnose eines

Tarsaltunnelsyndroms gegenüber einer Tibialis

posterior Tendinitis empfehle er die Durchführung einer diagnostisch-therapeutischen, sonogesteuerten Infiltration des Nervus

tibialis im Tarsaltunnel. Sollte es im Verlauf nicht zur Besserung der Symptomatik kommen, müsste die Indikation eine s Release des Tarsaltunnels und gegebenenfalls eine gezielte Neu rotomie überprüft werden.

#### **E. 4.2**

Oberärztin Dr. med. K. \_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 4. Mai 2017 (Urk. 7/155) aus, der Beschwerdeführer habe von der sonographisch gesteuerten Infiltration deutlich profitiert, sodass man sich zu einer Wiederholung entscheiden habe. Frustran sei auch der Mangel an Alternativen. Eine operative Revision sei nur mit dem Risiko von erneuten Vernarbungen verbunden, weshalb davon Abstand genommen werde. Insgesamt sei von einem gewissen stationären Zustandsbild auszugehen, sodass die Rentenbeurteilung erfolgen könne und damit der Fall vorläufig abzuschliessen sei.

#### **E. 4.3**

Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 23. August 2017 (Urk. 7/165) folgende Diagnosen: Verdacht auf neuropathisches Schmerzsyndrom rechts bei: -

Status nach plastischer Deckung lateraler Fussrücken rechts am 22.02.2016 bei persistierender Wundheilungsstörung -

Status nach Osteosynthesematerialentfernung

Kalkaneus mit ausgiebigem Débridement Fuss rechts am 14.12.2015 bei -

postoperativer Infektion und Osteomyelitis mit Mischflora und Pseudomonas aeruginosa -

Status nach Arthrodese Fuss rechts vom 17.09.2015 bei symptomatischer Subtalararthrose -

Status nach Osteosynthesematerialentfernung Os naviculare am 11.06.2015 -

Status nach Arthrodese

talonavikulär Fuss rechts am 24.11.2014 bei posttraumatischen Restbeschwerden nach Rückfussdistorsion und progredienter Arthrose talonavikular

Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden am rechten Fuss seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 21. Februar 2013 zurückzuführen. Als Bademeister/Werkhofmitarbeiter sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Ebenso sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Gleisbau nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien hingegen sämtlich Tätigkeiten im Sitzen zu 100% ohne Gewichtsbeschränkung. Tätigkeiten im Stehen und Gehen seien im Umfang von dreimal dreissig Minuten bei 100%igem Arbeitspensum zumutbar, ohne dass unmittelbare Schäden für die Gesundheit oder unzumutbare Schmerzen auftreten würden. Zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit seien lokale Infiltrationen im Bereich des rechten Fusses notwendig. Diese Behandlungen seien jedenfalls für die Dauer der Erwerbsfähigkeit notwendig. «Nach Eintritt in die AHV» könne diese Massnahme gegebenenfalls beendet werden. Des Weiteren sei die Verwendung von orthopädischen Massschuhen am Arbeitsplatz

notwendig; die Kosten hierfür seien zu übernehmen.

Der Integritätsschaden betrage, so Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ in seinem entsprechenden Bericht vom 23.

August 2017 (Urk. 7/164), 20 %. In der Tabelle 2 der Suva (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten) werde aus der Rubrik «Sprunggelenke und Mittelfuss» die Position «Funktionsbehinderung in den unteren Sprunggelenken» in der Zusammenschau mit der Position «subtalare

Arthrodese» gewählt. Unter Berücksichtigung des 15%igen Integritätsschadens bei subtalarer

Arthrodese und unter Zurechnung von einem 5%igen Integritätsschaden in Bezug auf die Talonavikulararthrodese am rechten Sprunggelenk ergebe sich in der Summe ein Integritätsschaden von 20 %.

#### **E. 4.4**

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, von der Klinik H.\_\_\_\_

hielten in ihrem Bericht vom 12. Februar 2018 (Urk. 7/200) fest, dass der Beschwerdeführer flüssig in Schuhen «laufe» (richtig wohl eher: gehe), aber zwei Unterarmgehstöcke als Unterstützung benutze. Am unbekleideten Fuss rechts sei ein normales Längsgewölbe ersichtlich; der Rückfuss stehe plantigrad. Im Liegen zeigten sich Narben medial und lateral am Fussrücken sowie am Unterschenkel von einer

Thierschhautentnahme. Das Gefühl des rechten Fusses sei bei bekannter Neuropathie deutlich verändert. Die Fusspulse seien gut palpabel. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk mit gestrecktem Knie betrage 5/0/20° und bei gebeugtem Knie 15/0/20°; es bestehe ein eindeutiger Hinweis auf eine verkürzte Wadenmuskulatur. Die Sehnen des Fusses seien unauffällig. In den angefertigten Röntgenaufnahmen zeigten sich die durchgebaute Talonavicular- und die durchgebaute Subtalararthrodese. Der Fuss stehe radiologisch optimal plantigrad. Grössere Anschlussarthrosen zeigten sich nicht. Die formelle Beurteilung durch den Suva-Kreisarzt sei nachvollziehbar. Bei einer derartig komplexen Situation werde es natürlich so sein, dass der Beschwerdeführer immer Beschwerden im Fuss verspüren werde.

#### **E. 4.5**

Dr. K.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 15. Mai 2018 (Urk. 7/202) aus, dass eine zunehmende Schmerzexazerbation bei symptomatischem Hallux

rigidus mit Transfermetatarsalgie durch Schonhaltung/Fehlbelastung am Fuss rechts bestehe. Die jahrelange Fehlbelastung habe sicher dazu beigetragen, dass das Grosszehengrundgelenk rechts nun zunehmend Beschwerden bereite. Dr. K.\_\_\_\_ war mit der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin nicht einverstanden.

#### **E. 4.6**

Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ äusserte sich am 13. Juni 2018 dahingehend, dass die Beschwerden im Grosszehengrundgelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal seien. Es bestehe eine Entzündung. Eine kreisärztliche Untersuchung sei nicht notwendig. Am

Zumutbarkeitsprofil werde festgehalten. Dr.

K.\_\_\_\_ kenne es offensichtlich nicht (Urk. 7/211 ).

#### **E. 4.7**

Dr. K.\_\_\_\_ entgegnete darauf am 26. Juni 2018, dass der Kreisarzt die Akten offenbar doch nicht so genau angeschaut habe . Die MRI-Abklärung vom 13. April 2018 habe den Nachweis einer leichtgradigen Arthrose des Gross zehen grundgelenks erbracht. In s besondere hätten begleitende Pathologien wie Morton-Neurome oder degenerative Rupturen der plantaren Platte ausgeschlossen werden können. Soweit der Kreisarzt die Unfallkausalität bestreite, stelle sie sich die Frage, ob er denn beweisen könne, dass es durch die chronische Fehlbelastung nicht zu einer rascheren Abnützung des Grosszehengrundgelenks und deshalb zu entzündlichen Schüben gekommen sei. Die diversen Abklärungen zeigten näm lich keinen langsam progredienten Verlauf wie üblicherweise im Rahmen einer rein krankheitsbedingten Arthrose. Den Vorwurf des Kreisarztes, wonach sie offensichtlich das Zumutbarkeitsprofil nicht kenne, wies sie als unbegründet und unkollegial an die kreisärztliche Adresse zurück (Urk. 7/215) .

#### **E. 4.8**

Dr. F.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 19. September 2018 ( Urk. 3 ) aus, er habe den Beschwerdeführer erstmals im Oktober 2016 neurologisch und elektro physio logisch abgeklärt. Seither hätten die Beschwerden am rechten Fuss eher zu ge nommen. Bei bestimmten Stellungen des Bein es beziehungsweise des Fusses (z um Beispiel Sitzen auf dem Boden oder auf einem harten Stuhl) komme es zu sofortigen Einschlafparästhesien des gesamten rechten Fusses und des rechten Unter schenkels. Zusätzlich bestehe ein dauerhaftes Taubheitsgefühl im Vorfussbereich mit Betonung an den Zehen I bis IV. Des Weiteren werde über Schmerzen an den mittleren Zehen, neuerdings auch am Grosszeh geklagt. Bereits bei kurzer Be lastung komme es zu einem starken Anschwellen des gesamten rechten Fusses . Des halb benütze der Beschwerdeführer weiterhin zur Entlastung des Fusses Unte r arm gehstöcke. Bezüglich der bereits diagnostizierten partiellen Schädi gung/ Neu ropathie des Nervus

tibialis im distalen hinteren Tarsaltunnelabschnitt rechts zeige sich bei der aktuellen elektrophysiologischen Untersuchung eine leicht gradige Progredienz der elektrophysiologischen Schädigungszeichen. Darüber hin aus liessen sich jedoch auch neu partielle Neuropathien de s

Nervus

peroneus

profundus / superficialis und des Nervus

suralis rechts dokumentieren. Die Schädi gungen im Bereich der peripheren Nerven am rechten Fus s seien mit grosser Wahr scheinl i c hkeit durch die diversen operativen Eingriffe beziehungsweise durch das persistierende chronische Schmerzsyndrom mitverursacht worden. Im Vorder grund der Beschwerden stehe jedoch weiterhin ein neur op athisches Schmerz syn drom, vorwiegend im Versorgungsgebiet des Nervus

plantaris

medialis und late ralis rechts. Bezüglich der fokal betonten Tibialis -Neuropathie im hinteren Tarsal tunnelabschnitt rechts sehe er weiterhin keinen erfolgsversprechenden

operativen Therapieansatz.

#### **E. 4.9**

Der Leitende Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_ von der Neurologie der Klinik I.\_\_\_\_

kam in seinem Bericht vom 8. Mai 2019 (Urk. 16/1) zum Schluss, dass das Schmerz syndrom des rechten Fusses aufgrund der Phänomenologie zumindest partiell zu einem neuropathischen Schmerzsyndrom im Versorgungsgebiet des Nervus

tibia lis und des Nervus

peroneus

superficialis passe. Im Untersuchungsbefund sei die Sensibilität im gesamten rechten Fuss vermindert. Eine mechanisch-dynamische Allodynie liege nicht vor, vielmehr eine ausgeprägte Schmerzhaftigkeit bei leichtem Druck. Therapeutisch sei in dieser schwierigen Situation gegenüber einer chirurgischen Therapie (etwa Tarsaltunnelspaltung ) Zurückhaltung angesagt. Ausser dem gehe das Schmerzsyndrom über das Versorgungsgebiet des Nervus

tibialis hinaus. Seines Erachtens sollten auch keine weiteren Stereoidinfiltrationen im Verlauf des Nervus

tibialis durchgeführt werden (gemäss Beschwerdeführer seien bereits mehr als zehn Infiltrationen erfolgt). Er empfehle einen Behandlungsversuch mit einem antineuropathischen Medikament.

#### **E. 4.10**

Am 8. August 2019 hielt Dr. N.\_\_\_\_ folgende Untersuchungsbefunde fest ( Urk. 16/2) :

«Unverändert zur Voruntersuchung vom 08.05.2020 Fuss rechts. Bei Berührung Überempfindlichkeit am Fussriss , geringer an der Fusssohle. Ausserdem deutliche Überempfindlichkeit bei leichter Berührung hinter dem Malleolus

medialis im Verlauf des N. tibialis . Leichte Schwellung des Fusses. Keine relevanten Schwellungen. Weiterhin keine klaren Hinweise für ein CRPS rechts.» Es bestehe nun mehr ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Fusses. Die medikamentöse Therapie mit Lyrica habe die Schmerzen leider nur unwesentlich lindern können. In einem nächsten Schritt wäre somit die chirurgische Therapie zu diskutieren. Von Oberarzt Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Chirurgie, von der Klinik I.\_\_\_\_ , einem Spezialisten für Fusschirurgie, werde die Durchtrennung des distalen Nervus

peroneus

superficialis in Kombination mit der Tarsaltunnelspaltung vorgeschlagen. Leider sei das Ergebnis der Intervention schwer vorhersehbar, insbesondere müsse auch mit einer Verschlechterung gerechnet werden, beispielsweise durch die Neuombildung bei Durchtrennung des Nervus

peroneus

superficialis .

#### **E. 4.11**

Dr. O.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 7. November 2019 ( Urk. 24 ) fest, dass man sich gemeinsam für den Release des Nervus

peroneus

superficialis und die Tarsaltunnelspaltung entschieden habe. Der Beschwerdeführer, der unter einem erheblichen Leidensdruck stehe, sei über den Eingriff mit den möglichen Komplikationen und Risiken aufgeklärt worden.

### **E. 5.1**

Aus den wiedergegebenen Arztberichten ist ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen am rechten Fuss vorhanden sind. Dass diese Gesundheitsbeeinträchtigungen (zumindest zu einem Grossteil) unfallbedingt sind, steht fest und wird zu Recht grundsätzlich auch von der Beschwerdegegnerin anerkannt. Diese hat dem Beschwerdeführer deshalb eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zugesprochen.

Im Übrigen erweist sich die Aktenlage allerdings als weniger klar. Dies betrifft nicht nur die Frage, ob beziehungsweise gegebenenfalls der sogenannte medizinische Endzustand eingetreten ist, sondern auch, ob das vom Kreisarzt formulierte und von der Beschwerdegegnerin angewandte Zumutbarkeitsprofil sowie die anerkannte Integritätseinbusse die vorliegenden unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen angemessen berücksichtigen.

### **E. 5.2**

Gegen die These der Beschwerdegegnerin, wonach im vorliegenden Fall der medizinische Endzustand Ende Januar 2018 eingetreten sei, könnte zunächst die Tatsache sprechen, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Unfallfolgen weiter in chirurgischer Behandlung ist (vgl. etwa oben E. 4.10 und 4.11 zur von den Ärzten der Klinik I.\_\_\_\_ geplanten Operation). Soweit die Beschwerdegegnerin gegen eine solche Sichtweise einwandte, dass die Frage des Erreichens des medizinischen Endzustandes gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (Urteil 8C\_210/201

### **E. 5.3**

Das soeben Ausgeführte trifft mutatis

mutandis auch auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil zu. Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ geht davon aus, dass dem Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten im Sitzen zu 100 % zumutbar seien, und zwar ohne Gewichtsbeschränkungen. Tätigkeiten im Stehen und Gehen seien laut Kreisarzt im Umfang von dreimal dreissig Minuten bei 100%igem Arbeitspensum zumutbar, ohne dass «unmittelbare» Schäden für die Gesundheit oder unzumutbare Schmerzen auftreten würden (Urk. 7/165/6).

Abgesehen davon, dass eine zumutbare Tätigkeit auch nicht zu «mittelbaren» Gesundheitsschäden führen sollte, lässt sich gegen das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil weiter einwenden, dass nicht ersichtlich ist, ob den neurologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen angemessen Rechnung getragen wurde. Es ist angesichts der Umstände vielmehr davon auszugehen, dass in die kreisärztliche Beurteilung keine neurologische Fachmeinung eingeflossen ist. Weiter ist aus den oben wiedergegebenen Arztberichten bekannt, dass der Beschwerdeführer zur Fortbewegung Gehstöcke benützt (vgl. oben E. 4.4 und 4.8). Dr. F.\_\_\_\_ berichtete weiter von Schwellungen und Parästhesien. Des Weiteren komme es offenbar bei bestimmten Stellungen des Beines beziehungsweise des Fusses (zum Beispiel beim Sitzen auf dem Boden oder auf einem harten Stuhl) zu sofortigen Einschlafparästhesien des gesamten rechten Fusses und des rechten

Unterschenkels (vgl. E. 4.8). Falls dies tatsächlich zutreffen sollte, wäre das kaum mit dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil in Einklang zu bringen.

Anzufügen bleibt überdies, dass die von Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ vorgeschlagenen Infiltrationen bis zum Eintritt des Beschwerdeführers ins AHV-Alter (vgl. Urk. 7/165/6 ; vgl. auch Urk. 7/180/2: «jährlich 4 bis 7 lokale Infiltrationen im Bereich des rechten Fussgelenkes zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit») von Dr. N.\_\_\_\_ offensichtlich abgelehnt werden. Es bedarf der Abklärung, ob so viele Infiltrationen über viele Jahre zumutbar sind und falls dies nicht der Fall sein sollte, wie sich das auf das Zumutbarkeitsprofil auswirken würde.

Gemäss ständiger Praxis (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4) ist auf eine kreisärztliche Einschätzung ohne Weiteres abzustellen, so lange keine Zweifel an ihrer Richtigkeit bestehen. Bestehen allerdings auch nur geringe Zweifel, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen beziehungsweise ist ein Gutachten einzuholen. Angesichts dessen, dass die von der Beschwerdegegnerin veranlassten Abklärungen offensichtlich die neurologischen Aspekte des vorliegenden Falls zu wenig berücksichtigt haben, kann auf die Einschätzungen des Kreisarztes nicht abgestellt werden.

#### **E. 5.4**

Demzufolge erweist sich die Sache als nicht spruchreif. Somit ist in Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Februar 2019 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über ihre Leistungen ab 1. Februar 2018 neu verfüge. Angesichts der Umstände erscheint die Einholung eines versicherungsunabhängigen polydisziplinären Gutachtens angezeigt. 6.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer, der keine Honorarnote einreichen liess, eine angemessene Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 3'500. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Infolge Zusprechung einer angemessenen Prozessentschädigung wird das Gesuch um Bewilligung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 26. Februar 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über ihre Leistungen ab 1. Februar 2018 neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Suva - 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Stocker

## **E. 8**

vom 17. Juli 2018 E. 3.2.3.1) prospektiv zu beurteilen sei, ist ihr im Prinzip zuzustimmen. Allerdings setzt eine solche prospektive Beurteilung - wie stets - eine belastbare medizinische Aktenlage voraus.

Diesbezüglich erweist es sich als Nachteil, dass der Beschwerdeführer niemals polydisziplinär begutachtet wurde. Die Beschwerdegegnerin begnügte sich viel mehr mit einer Beurteilung ihres Kreisarztes, eines Chirurgen. Deshalb hilft es auch wenig, wenn die Chirurgen

Dr. L.\_\_\_\_

und Dr. M.\_\_\_\_ das Operationsergebnis als «optimal» rühmen (vgl. oben E. 4.4). Aus neurologischer (und wohl auch aus gesamtmedizinischer) Sicht scheint das Ergebnis weniger befriedigend zu sein. Zwar wurden weder Dr. F.\_\_\_\_ noch Dr. O.\_\_\_\_ ausdrücklich dazu befragt, ob aus neurologischer Sicht noch erhebliches Verbesserungspotential bestehe, angesichts der von ihnen ins Auge gefassten Behandlungsoptionen kann dies aber auch nicht ausgeschlossen werden (vgl. oben E. 4.10-4.11).

Der Beschwerdegegnerin ist zwar zuzustimmen, dass bei Erlass der Verfügung vom 21. Dezember 2017 die medizinische Aktenlage dafür sprach, dass der medizinische Endzustand erreicht worden sein könnte, mithin von einer weiteren medizinischen Behandlung keine erheblichen Verbesserungen mehr zu erwarten gewesen wären. Relevant ist allerdings die Aktenlage im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids. Zudem gründete diese Einschätzung - wie erwähnt - auf einer schmalen Datenbasis und einer im Wesentlichen

rein chirurgischen Betrachtungsweise. Angesichts dessen, dass die vorliegende Problematik, wie inzwischen deutlich ersichtlich ist, vor allem neurologischer Natur ist, reichen chirurgische Einschätzungen allein nicht aus.

Bemerkenswert ist überdies, dass der Kreisarzt anlässlich seiner Abschlussuntersuchung vom 23. August 2017 (Urk. 7/165) die Frage, ob der medizinische Endzustand eingetreten ist oder nicht, mit keinem Wort thematisierte. Er setzte den Endzustand offensichtlich ohne Weiteres als gegeben voraus. Weshalb, bleibt unklar.

Zusammenfassend kann insoweit festgehalten werden, dass die medizinische Aktenlage - aufgrund der Ausserachtlassung der neurologischen Aspekte - die Beantwortung der Frage, ob der medizinische Endzustand Ende Januar 2018 eingetreten war, nicht zulässt.

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