

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00135

vom 12. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00135

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00135 du 12 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00135 del 12 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1968 geborene X._____

war seit Januar 1998 bei der Y._____ AG als Luftverkehrsangestellter tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 30. September 2014 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. 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).

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). 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. 1.3

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 ihrer 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). 1.4

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 oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). 1.5

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 Vorakten (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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren

Einspracheentscheid

damit (Urk. 2 S.

5 f.), dass aufgrund der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 25. Juli 2017 leichte wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar seien. Gestützt auf das Lohnsystem gemäss DAP könne ein Invalidenlohn von Fr. 61'844.-- erzielt werden. In Gegenüberstellung eines mutmasslichen Verdienstes (Valideneinkommen) von Fr. 82'069.-- ergebe sich ein

Invaliditätsgrad von 24.64 % respektive ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25 %. Der Verlauf habe dabei auch gezeigt, dass bereits zum Zeitpunkt des Rentenbeginns keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen sei. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 25. Juli 2017 sei auch ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden verneint worden und darauf sei weiterhin abzustellen (S. 6 f.).

Im Verfahren führte sie weiter aus (Urk.

E. 3

0. September 2014 verdrehte er sich beim Aussteigen aus einem Bus den rechten Fuss und schlug das Knie und den Rücken an (Schadenmeldung vom 2. Oktober 2014 [Urk. 8/1]). Die Suva erbrachte ihre Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Bei chronischer Rotationsinstabilität am rechten oberen Sprunggelenk (OSG) unterzog er sich am 1. Oktober 2015 einem

operativen Eingriff (Urk. 8/80). Zur weiteren Therapie veranlasste die Suva einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Z.____, welcher vom 7. Januar bis zum 23. Februar 2016

durchgeführt wurde (Urk. 8/114). Am

13. April 2016 kündigte die Suva die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Mai 2016 an (Urk. 8/125). Am 15. August 2016 wurde eine weitere Operation am rechten OSG durchgeführt (Urk. 8/151). Nach einer kreisärztlichen Untersuchung vom 25. Juli 2017 (Urk. 8/208)

teilte die Suva die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 30. November 2017 mit (Urk. 8/218).

Mit Verfügung vom 20. Dezember 2017 (Urk. 8/243) sprach die Suva dem

Versicherten basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 25% mit Wirkung ab 1. Dezember 2017 monatliche Rentenleistungen von Fr. 1'424.55 zu. Dagegen erhob der Versicherte

am 23. Januar 2018 Einsprache (Urk. 8/249). Am 15. und 16. August 2018 (Urk. 8/289) wurden

weitere medizinische Eingriffe

am verletzten Fuss durchgeführt. Am 15. Januar 2019 (Urk. 8/328) teilte die Suva die Einstellung der Taggeldleistungen und Heilbehandlungen nunmehr per 28.

Februar 2019 mit, worauf der Versicherte seine bisherige Einsprache

ergänzte (Urk. 8/346). In der Folge wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 10. April 2019

(Urk. 2) ab.

Dagegen erhob der Versicherte am 24. Mai 2019 Beschwerde mit den Anträgen (Urk. 2 S. 2) der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass der Endzustand noch nicht erreicht sei, weshalb weiterhin Heilungskosten und Taggelder zu übernehmen seien. Im Weiteren seien nach Erreichen des Endzustandes die Rente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen.

Die Suva beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Juni 2019 (Urk.

E. 3.1

Im Bericht der Radiologie C.____ vom 11. November 2014 (Urk. 8/19) über die Computertomographie des rechten Sprunggelenks vom 10. November 2014 hielt der Radiologe einen Status nach Supinationstrauma am rechten OSG mit persistierenden Schmerzen vor allem am Malleolus

medialis

bei radiologisch kleinem

Flake « eher alt » fest. Er führte aus, es bestehe ein kleiner frischer Ausriss der anteromedialen Gelenkkapsel des OSG mit umgebender Weichteilschwellung unterhalb und vor dem medialen Malleolus.

E. 3.2

Am

12. Januar 2015 (Urk. 8/17) nannte der zuständige Oberarzt

am Kantonsspital D.____, Dr. med. E.____

als Diagnose eine

OSG-Distorsion rechts am 30. September 2014 mit ossärem Ausriss der anteromedialen Gelenkkapsel und mit klinischer Läsion des Ligamentum fibulotalare

anterius. Er führte aus, die Therapie sei konservativ erfolgt unter Vollbelastung mit Supinationsschuh

und mittels OSG-Orthese ab Unfalldatum bis Ende November 2014 und danach mit Stockentlastung und Ruhigstellung mittels OSG-Softcast. Nach konsequenter Ruhigstellung zeige sich eine deutliche Regredienz der Symptomatik mit nun aber Einsteifung der Gelenkkapsel sowie Verkürzung der Gastrocnemiusmuskulatur. Es soll nun intensiv Physiotherapie bis zur Vollbelastung innerhalb von ein bis zwei Wochen mit Weglassen der Gehstöcke begonnen werden.

E. 3.3

Im Operationsbericht des D.____ vom 2. Oktober 2015 (Urk. 8/80) hielt Dr. med. F.____ fest, am Vortag sei eine Arthroskopie des oberen Sprunggelenkes mit Shaving, Exploration und Naht der Tibialis

posterior-Sehne, Exploration der Peronealsehnen

und eine mediolaterale Bandplastik OSG rechts durchgeführt worden. Klinisch hätten sich eine deutliche sagittale Instabilität sowie eine mediale und laterale Aufklappbarkeit des OSG sowie Schmerzen über den Peronealsehnen und der Tibialis

posterior-Sehne gezeigt und nach Versagen der konservativen Therapie habe die Indikation zum operativen Eingriff bestanden.

E. 3.4

Im Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ über den Aufenthalt vom 7. Januar bis 23. Februar 2016 führten die Ärzte aus (Urk. 8/114 S. 3), knapp eineinhalb Jahre nach Distorsion des OSG rechts und viereinhalb Monate nach Arthroskopie des OSG mit Naht der Tibialis

posterior-Sehne und mediolateraler Bandplastik lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Im Rehaerlauf hätten neben dem zögerlichen Hilfsmittelabbau nur wenige Verbesserungen erreicht werden können. Die Schmerzen seien stets präsent und limitierend gewesen. Sowohl von der initialen Verletzung her, als auch von der erfolgten Operation her,

sei eine vollständige Erholung der Belastungseinschränkung kurzfristig zu erwarten. Der Beschwerdeführer zeige insgesamt ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten und es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden.

Aktuell sei mindestens eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags, ohne spezielle Einschränkungen zumutbar und aus medizinisch-rehabilitativer Sicht sei in den nächsten acht Wochen von einer weiteren Verbesserung auszugehen, sodass dann alle Arbeiten ohne Einschränkungen möglich sein sollten (S. 3 oben).

E. 3.5

Im Operationsbericht vom 16. August 2016 (Urk. 8/151) über den am 15. August 2016 durchgeführten Eingriff führte Dr. F.____ aus, nach einer langen

Phase der Rehabilitation inklusive eines stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik Z.____ klagt der Beschwerdeführer über persistierende Schmerzen im Bereich des medialen und des lateralseitigen oberen Sprunggelenkes. Klinisch bestehe ein

Rückfussvalgus von 10

bis

15°. Es persistiere eine Schwellung über dem Innenknöchel und es bestünden Druckschmerzen im Verlauf an die distale

Tibialis

posterior-Sehne. Als operativen Eingriff hielt er eine verlängernde laterale Catea-neusosteotomie, die Rekonstruktion des Deltaband-Apparates und ein Flexor digitorum longus auf Os naviculare-Transfer rechts fest.

Im Austrittsbericht des D.____ vom 22. August 2016 (Urk. 8/150) über die Hospitalisation vom 15. bis 20. August 2016

bezeichneten die Ärzte den intra- und postoperativen Verlauf als komplikationslos, wobei der Beschwerdeführer unter oraler Analgesie rasch schmerzarm geworden sei und problemlos habe mobilisiert und am fünften postoperativen Tag in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause habe entlassen werden können.

E. 3.6

Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, führte im Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2017 (Urk. 8/208) aus (S. 5), der Beschwerdeführer klagt darüber, dass ihm beim Gehen der rechte Fuss anschwelle, dieser immer wieder blockiere, er ihn nicht belasten könne, die Ferse immer gepolstert sein müsse und auch Anlaufbeschwerden bestünden.

Objektiv finde sich eine Einschränkung der Beweglichkeit in den Sprunggelenken rechtsseitig, jedoch bei mangelnder Compliance. Der demonstrierte Spitzfuss bei der Beweglichkeitsüberprüfung sei inkonsistent zum demonstrierten Fersengang rechtsseitig. Es bestünden reizlose Narbenverhältnisse, ohne Ödembildung, insgesamt aber eine verstrichene Rückfuss- und Knöchelkontur rechts, ohne Anhalt für eine Bandinstabilität, bei fraglich positivem

Impingement-Test und ein Tinel-Phänomen, ausgehend von den proximalen Anteilen der lateralen Narben. Der Beschwerdeführer gebe an, dass eventuell noch eine Arthroskopie

des oberen Sprunggelenkes anstehe, wobei eine wesentliche Auswirkung auf die Funktionalität dadurch jedoch nicht mehr zu erwarten sei. Aus medizinischer Sicht seien körperlich leichte Tätigkeiten mit sitzendem Anteil von 50 % und 50 % gehend/ stehend ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne häufiges Treppengehen und ohne Begehen von unebenem Gelände möglich. Tätigkeiten im Knien oder im Hocksitz, wie auch langes Stehen oder langes Gehen sollten vermieden werden. Unter Beachtung genannter Einschränkungen sei eine 100% ige Arbeitstätigkeit möglich. Das Zumutbarkeitsprofil dürfte seine Gültigkeit auch bei einer allfälligen späteren Ausbildung von namhafteren arthrotischen Veränderungen bzw. auch einer allfälligen Arthrodesegeltung behalten.

E. 3.7

Anlässlich einer Sprechstunde

vom 23. August 2017 (Urk. 8/235) berichtete

Dr. F.____ (S. 2), er habe bereits dargelegt, dass eine Diskrepanz zwischen den objektiven Untersuchungsbefunden und dem subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers bestehe. Im MRI vom 31. Mai 2017 zeige sich keine wesentliche Pathologie, die die Beschwerden erklären könnte. Das Gelenk sei stabil und zeige ein gutes Alignment. Der Beschwerdeführer sei im Konfektionsschuh normal gehfähig. Aus dem Verlaufsbericht der Physiotherapeutin vom 15. Mai 2017 könne entnommen werden, dass ein hinkfreies Gangbild bestehe, er 40

kg an der Beinpresse stemmen und Sprungübungen durchführen könne. Es werde auch darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer objektiv gute Werte zeige, die mit dem subjektiven Empfinden nicht übereinstimmen. Aktuell sei keine Indikation zu einem weiteren chirurgischen Vorgehen zu sehen. Allenfalls könnte unterstützend eine Injektionstherapie mit PRP/ACP in das obere Sprunggelenk durchgeführt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 25. Juli 2017 genau definiert worden und dem dort beschriebenen möglichen Arbeitsprofil stimme er uneingeschränkt zu.

E. 3.8

Im Austrittsbericht des D.____

vom 29. August 2018 (Urk. 8/289/9-12) wurde ein Lipofilling

der Narbe am Malleolus

medialis rechts am 15. August 2018 und ein

identischer Eingriff am Folgetag an der Narbe am Malleolus lateral

durch Dr. H.____ festgehalten. Es wurde ausgeführt, leider sei der mediale Malleolus an Stelle des lateralen Malleolus behandelt worden und nachdem der Fehler bemerkt worden sei, sei

am 16. August 2018 die komplikationslose Versorgung am Aussenknöchel erfolgt.

Postoperativ habe sich ein regelrechter Verlauf gezeigt und der Beschwerdeführer sei unter oraler Analgesie schmerz kompensiert und habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

E. 3.9

Im Sprechstundenbericht vom 27. November

2018 (Urk. 8/317) hielt Dr. F. ___ fest, klinisch sowie nativ-radiologisch seien die Beeinträchtigungen nicht objektivierbar und es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen den berichteten Beschwerden und der klinischen Untersuchung mit symmetrischem Weichteilmantel der Unterschenkel. Zwei Jahre nach dem rekonstruktiven Eingriff vom 15. August 2016 sei ein Zustand (gemeint wohl: stabiler Zustand)

bezüglich des Alignment's und der Stabilität und des Knochen durchbaues erreicht.

E. 3.10

In der Aktenbeurteilung vom 23. Dezember 2018 (Urk. 8/318) führte Kreisarzt Dr. I. ___ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH ,

aus, von weiteren Behandlungen seien keine namhaften Verbesserungen des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten und der medizinische Endzustand sei erreicht. Am Zumutbarkeitsprofil vom 25. Juli 2017 könne weiterhin festgehalten werden und eine namhafte Besserung im Sinne einer Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr zu erreichen.

E. 3.11

Im Bericht vom 7. Januar 2019 hielt Dr. H. ___ fest , aufgrund der persistierenden Hypästhesie, respektive Dysästhesie sei eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden. Hier habe eine Neuromese des Nervus

suralis am

lateralen Fussrand rechts, zirka 5 cm distal des Malleolus im Verlauf der beiden parallel verlaufenden

Narben mit Auftreibung des proximalen Nervenstumpfes gesehen werden können . Zudem habe sich der Verdacht auf ein kleines Neurom am distalen Nervenstumpf, wiederum 2 cm distal im Verlauf der Narbe , gezeigt und es seien verschiedene Möglichkeiten der operativen Vorgehensweise besprochen worden. Der Beschwerdeführer möchte zunächst eine weitere Lipofillingprozedur , weshalb der Vertrauensarzt der Krankenkasse um eine Kostengutsprache für ein zweites Lipofilling gebeten werde (Urk. 8/324).

E. 3.12

Nach erneuter Vorlage des Falls führte Kreisarzt Dr. I. ___

am 9. Januar 2019 (Urk. 8/325) aus, mehr als vier Jahre nach dem Ereignis sei eine Verbesserung nur möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Durch das erste Lipofilling habe sich keine Symptomveränderung ergeben und es ergebe sich keine Evidenz, dass ein zweites Lipofilling

ein anderes Ergebnis erwarten lasse. Eine namhafte Besserung im Sinne einer Steigerung oder Wiederherstellung sei keine zu erwarten und es könne an der Stellungnahme vom 23. Dezember 2018 festgehalten werden.

E. 3.13

PD Dr. med. B. ___ , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte anlässlich der Sprechstunde vom 13. Februar 2019 (Urk.

8/348) aus, inspektorisch zeigten sich gerade Rückfussachse n. Eine mediale Instabilität lasse sich nur bedingt ausmachen. Lateral bestünden instabile Peronealsehnenfächer mit Subluxation bei resistiv geprüfter Eversion . Die Kraft der Muskulatur betrage M 5. Die Sensomotorik und Zirkulation seien intakt mit Ausnahme einer geringen Hyposensibilität über dem Nervus

peroneus

superficialis . Der Neurostatus B sei sonst unauffällig ohne Atrophien und Hypermobilität . Es bestünden traumatisch bedingte Veränderungen am Rückfuss rechts mit medialer und lateraler Problematik und Instabilität. Die Peronealsehnen seien instabil und zudem bestehe eine deutlich instabile mediale Rückfussregion.

Die Radiologin PD Dr. med .

J.____ führte aufgrund der Bildgebung im M R Rückfuss rechts vom 18. Februar 2019 (Urk. 8/343) aus, es bestünden schwere postoperative Veränderungen mit metallinduzierten Artefakten bei Status nach Calcaneusosteotomie , Luxation der Peroneus

brevis Sehne nach lateral aus der fibularen Grube hinaus, eine Tendinopathie der Peroneus

brevis Sehne, jedoch mit regelrechtem Ansatz und ein rupturiertes

anteriores

talofibulares Ligament und schwerste narbige Veränderungen des medialen Bandapparates sowie Tendinopathie der Tibialis

posterior Sehne. Das obere Sprunggelenk zeige bezüglich des Knorpels soweit beurteilbar keine tiefen Knorpeldefekte , wobei hier ein Arthro CT zu empfehlen sei.

E. 3.14

Am 18. März 2019 (Urk. 8/352) nannte Dr. B.____ die Diagnosen schwere mediale und laterale Bandinstabilität, kombiniert mit einer Instabilität der Peronealsehne rechts, eine Insuffizienz des Ligamentum deltoideum und chronische Rückfussinstabilität rechts bei einem Status nach multiplen Eingriffen zur Rekonstruktion der medialen und lateralen Bandapparate inkl. Fettunterspritzung und Calcaneusosteotomie (Evans-Typ) bei einem Status nach Rückfussdistorsion mit chronischer Rückfussinstabilität 2015. Die Befunde seien nun eindeutig. Er empfehle bei so hohem Leidensdruck folgende Eingriffe: 1. Laterale Bandstabilisierung mit Rückführung der Peronealsehnen 2. Mediale Bandnaht 3.

Adressierung der

Tendinopathien der Peronealsehnen und Tibialis

posterior Sehne rechts. Der Beschwerdeführer wünsche den Eingriff am 7. Mai 2019 in der Klinik K.____ durchführen zu lassen.

E. 3.15

Nach erneuter Fallvorlage führte Kreisarzt Dr. I.____ am 22. März

2019 (Urk. 8/353) aus, von der empfohlenen Operation sei keine Verbesserung zu erwarten, und durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung könne keine namhafte, höchstens noch eine unbedeutende Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Es könne an der kreisärztlichen Stellungnahme vom 23. Dezember 2018

festgehalten werden . 4. 4.1

Bei Erhebung einer Einsprache wird das Verwaltungsverfahren durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, welcher die ursprüngliche Verfügung ersetzt (RKUV 1992 Nr. U 152 S. 199 E. 3b). Für eine nachfolgende richterliche Beurteilung sind damit grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses des strittigen Einspracheentscheids massgebend (BGE 131 V 412 E. 2.1.2.1 mit Hinweisen) .

Anspruch auf vorübergehende Leistungen (Taggeld/ Heilbehandlung)

hat die verunfallte Person

solange als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. 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, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

E. 7

zu Recht vorgenommen hat

und ob bei einem Fallabschluss dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung zusteht sowie der Invaliditätsgrad von 25 % korrekt bemessen wurde . 3.

E. 10

Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3) . 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 verunsicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_285/2016 vom 22. Juli 2016 E. 7.1 und 8C_970/2012 vom 31. Juli 2013 E. 2.3). 4.2

Zum Ablauf im Verwaltungsverfahren

geht aus den Akten hervor , dass der Beschwerdeführer im

Einspracheverfahren unter anderem geltend machte , der Fallabschluss per 30. November 2017 sei zu früh erfolgt. Darauf richtete die Beschwerdegegnerin aufgrund eines

weiteren Eingriffs (Lipofilling) erneut

Taggelder

aus und stellte diese ab 28. Februar 2019 ein

(vgl. Urk. 8/328).

Gemäss den medizinischen Akten stimmen der Kreisarzt Dr. G.____

(vgl. E. 3.6) und der behandelnde Arzt und Operateur Dr. F.____

(vgl. E. 3.7)

darin überein, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte Tätigkeit zu 100

% zumutbar ist und von weiteren Eingriffen in Bezug auf die Funktionalität am rechten Fuss

keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden kann und deshalb

keine Indikation mehr für einen weiteren chirurgischen Eingriff besteht. Der Kreisarzt erachtete die seine Einschätzung auch als gültig,

falls sich am verunfallten Fuss später

erheblichere arthrotische Veränderungen abzeichnen sollten. Vor dem Hintergrund dessen, dass zahlreiche Eingriffe und Therapien am rechten Fuss vorgenommen wurden und das Ergebnis im Zeitpunkt der Einspracheentscheidung mehr als viereinhalb Jahre zurücklag, ist nachvollziehbar, dass vom Erreichen des Endzustandes ausgegangen wurde. Denn prognostisch konnten bereits im Zeitpunkt, als die vorübergehenden Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) erstmals per 30. November 2017 eingestellt wurden,

keine Therapieoptionen mehr aufgezeigt werden, die in Bezug auf die unfallbedingte Restarbeitsfähigkeit eine wesentliche Besserung,

Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hätten erwarten lassen. Daran ändert nichts, dass im Januar 2019 noch ein weiteres Lipofilling in Betracht gezogen wurde (E. 3.11) und Dr. B. ___ im März 2019 (E. 3.14) einen weiteren Eingriff mit lateraler Bandstabilisierung mit Bandnaht und Adressierung der Tendinopathien

vorgeschlagen hatte. Denn wie der Kreisarzt zur Recht festgehalten hat (E. 3.12), führte einerseits bereits die erstmalige Prozedur mit Lipofilling weder

zum gewünschten Erfolg noch

zu einer Symptomveränderung. Andererseits wurde mit Blick auf die unfallbedingte Problematik am rechten Fuss im Belastungsprofil

bereits ein mögliches Fortschreiten des Leidens mit namhafter Veränderung mitberücksichtigt. Solche oder noch gravierendere Veränderung liegen jedoch (noch) nicht vor.

Zwar gelangen nunmehr im MR des Rückfusses von Februar 2019 (E. 3.13) schwere postoperative Veränderungen zur Darstellung. Diese vermögen aber keine weiteren Einschränkungen

im Belastungsprofil zu begründen,

nachdem

die unfallbedingte Problematik am rechten Fuss bereits mit einer Beschränkung auf wechselbelastende körperlich leichte Tätigkeit berücksichtigt wurde. Etwas Anderes kann auch

der Berichterstattung von Dr. B. ___

nicht entnommen werden

(E. 3.14), äussert er sich doch gar nicht zum Belastungsprofil und zur Arbeitsfähigkeit in einer der Problematik am rechten Fuss angepassten Tätigkeit. Die von ihm vorgeschlagene weitere Operation wurde auch nicht durchgeführt, und im Hinblick auf

bereits früher festgestellte Diskrepanzen (auffälliges Schmerzverhalten, Symptomausweitung, mangelnde Compliance, symmetrische Weichteilmantel an den Unterschenkeln) ist diesbezüglich auch der Leidensdruck in Frage zu stellen (vgl. Urk. 8/114 S. 3; Urk. 8/208 S. 5; Urk. 8/317) .

Der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen Taggeld und Heilbehandlungen und die attestierte Restarbeitsfähigkeit , wie sie die Beschwerdegegnerin festgehalten hat, ist damit begründet und nicht zu beanstanden. 5. 5. 1

Zu prüfen ist weiter , wie sich die verbliebenen Unfallfolgen am rechten Fuss gelenk in erwerblicher Hinsicht auswirken . Wie dargelegt ,

sind gestützt auf die Einschätzung des Kreisarzt es

sowie des

behandelnde n Arzt es

dem Beschwerdeführer körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten

(50 % sitzend und 50 % gehend/stehend)

zu 100 % zumutbar . 5. 2

Das Valideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben des ehemaligen Arbeitgebers, wonach der Beschwerdeführer

im Jahr 2017 bei einem monatlichen Einkommen von Fr. 5'720.-- zuzüglich dreizehnter Monatslohn, Schichtzulagen und Erfolgsbeteiligung und anderer AHV-pflichtiger Zulagen ein jährliches Einkommen von Fr. 82'068.50 erzielt hätte (Urk. 8/242). Darauf ist abzustellen. 5.3

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf ihre Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) und wies die zumutbaren Stellen aufgrund von fünf DAP-Arbeitsplätzen nach (DAP-Nr. 10883 [Produktionsmitarbeiter; Überwachung des Gewichts und Qualität der verpackten Schoggi stängel], Nr. 10478350 [Produktionsmitarbeiter; Transmitter auf Anschlussschrauben und prüfen und abgleichen mittels EDV-Prüfprogramm], Nr. 5462 [Operator ; Konfektionieren von sterilen Tropfen und Salben, Einrichten von Etikettier- und Verpackungsanlagen, Durchführen von ICP-Arbeiten, Handkonfektionierung und Auftragsdokumentation] ,

Nr. 8321 [Produktionsmitarbeiter; Kontrolle und abwägen von Zutaten und Eingabe von Daten] und Nr. 17774976 [Präzisionswagen justieren und auf Funktionstüchtigkeit prüfen] ; Urk. 8/236 S.

4

ff.). Dabei ermittelte sie ein

Invalideneinkommen basierend auf einem Durchschnitt im Lohnjahr 2017 von Fr. 61'843.80 (Urk. 8/236 S. 1) . Nachdem die Akten weitere Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe enthalten, erweist sich das Abstellen auf DAP-Profile auch sonst als recht sprechungskonform (BGE 129 V 472). Eine Vergleichsrechnung für die Berechnung des Invalideneinkommens nach den Löhnen gemäss LSE erübrigt sich demnach. 5.4

Angesichts des Valideneinkommens von Fr. 82'068.50 und des Invalideneinkommens von Fr. 61'843.80 resultiert ein Invaliditätsgrad von 24.64 % und damit gerundet 25 %. Damit bleibt es beim von der Beschwerdegegnerin berechneten Invaliditätsgrad. 6.6.1

Zur Integritätsentschädigung führte Kreisarzt Dr. G. ___ aufgrund seiner Untersuchung vom 25. Juli 2017 aus (Urk. 8/208 S. 8), für eine allfällige Integritätsentschädigung werde die Erheblichkeitsgrenze noch nicht erreicht, da keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen und keine Gelenkinstabilität vorhanden seien. Bei einer allfälligen Zunahme von arthrotischen Veränderungen müsste eine neue Evaluation erfolgen. Am 23. Dezember 2018 (Urk. 8/318) hielt Kreisarzt Dr. I. ___ fest, hinsichtlich der Integritätsentschädigung könne an der Beurteilung vom 25. Juli 2017 festgehalten werden. In den weiteren Stellungnahmen vom 9. Januar und 22. März 2019 verwies Dr. I. ___ auf die Einschätzung vom 23. Dezember 2018 (Urk. 8/325 und 8/353). 6.2

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 (vgl. vorstehend E. 1.4). 6.3

6.3.1

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). 6.3.2

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) 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). 6.4

Vorliegend ist unbestritten, dass eine unfallbedingte dauernde Schädigung des rechten oberen Sprunggelenks vorliegt. Voraussetzung für den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wäre indes, dass diese Schädigung erheblich wäre.

Gemäss der Suva-Tabelle 2 (Revision 2000) wird bei Funktionsstörungen der oberen Sprunggelenke eine Integritätsentschädigung ausgerichtet, wenn Versteifungen vorgenommen werden müssen (oberes steif im rechten Winkel, steif in starkem Spitzfuss). Die s war vorliegend nicht der Fall, weshalb eine Leistungspflicht unter diesem Titel entfällt.

Weiter kann gemäss Tabelle 6 eine Leistungspflicht bei einer schweren Gelenk instabilität resultieren. Dr. B. ___ führte in seinem Bericht vom 14. Februar 2019 aus, es bestehe eine deutlich instabile mediale Rückfussregion (Urk. 8/348). Diese Beurteilung steht indes im Widerspruch dazu, dass er bei der Befundung angab, eine mediale Instabilität lasse sich nur bedingt ausmachen (S. 1). Den Akten ist zudem zu entnehmen, dass sein Bericht Dr. I. ___ zusammen mit den bildgebenden Befunden vom 18. Februar 2019 vorgelegt wurde (Urk. 8/353 S. 1), weshalb diese Unterlagen Eingang in dessen Beurteilung fanden. Vor dem Hintergrund dessen, dass weitere Anhaltspunkte für das Vorliegen einer schweren Instabilität fehlen, ist die Einschätzung von Dr. I. ___ nicht in Zweifel zu ziehen.

Eine Integritätsentschädigung ist nach Tabelle 5 (Revision 2011) auch bei mässiger bis schwerer Arthrose des OSG geschuldet. Bildgebend wurden indes keine solchen arthrotischen Veränderungen festgestellt, weshalb ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung basierend auf der Tabelle 5 entfällt.

Nach dem Gesagten erscheint ein Anspruch des Beschwerdeführers auf die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung überwiegend wahrscheinlich nicht aus ge wiesen.

Es bleibt anzumerken, dass eine allfällige Verschlechterung des Zustandes, insbesondere eine Zunahme arthrotischer Veränderungen, einen Anspruch auf eine Entschädigung begründen könnte. Es wird Sache des Beschwerdeführers sein, sich in diesem Fall erneut an die Beschwerdegegnerin zu wenden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - 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 GräubNef

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