

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00188

vom 6. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00188

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00188 du 6 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00188 del 6 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1955 geborene X.____ war seit Januar 1985 bei der Y.____ AG als Produktionsmitarbeiterin angestellt und in diesem Rahmen bei der Suva

obligatorisch gegen Unfälle versichert (Urk. 10/1). Gemäss Schadenmeldung vom 14. Juni 2016 rutschte sie am 13. Juni 2016 auf dem Heimweg von der Arbeit auf der nassen Strasse aus (Urk. 10/1). Dabei zog sie sich eine trimalleoläre Luxationsfraktur am oberen Sprunggelenk des linken Beins zu und musste operiert werden (Urk. 10/3). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 10/43-5, 10/55-56, 10/90). Am 2. Mai 2017 fand eine Osteosynthese sematerialentfernung statt (Urk. 10/60). Vom 18. Oktober bis 22. November 2017 war die Versicherte in der Rehaklinik Z.____

hospitalisiert (Austrittsbericht vom 23. November 2017, Urk. 10/91). Mit Schreiben vom 8. Januar 2018 stellte die Suva in Aussicht, sie werde die Taggelder per 31. März 2018 einstellen (Urk. 10/107). Mit Verfügung vom 6. April 2018 verneinte sie den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung (Urk. 10/143). Nachdem die Versicherte hiergegen Einsprache erhoben hatte (Urk. 10/156), hob die Suva die Verfügung vom 6. April 2018 mit Schreiben vom

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 13. Juni 2016 ereignet (Urk. 10/1), 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. 1.4

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 1. 5

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).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 1.

E. 2

Dagegen erhob X.____ mit Eingabe vom 15. August 2019 Beschwerde beim hiesigen Sozialversicherungsgericht und beantragte, der Einspracheentscheid vom 2. Juli 2019 sowie die Verfügung vom 10. Mai 2019 seien aufzuheben und die Suva sei zu verpflichten, den medizinischen Sachverhalt vollständig abzuklären. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1). Zudem legte sie diverse medizinische Berichte auf (Urk. 3/4, 3/6-7, 3/10, 3/12).

Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2019 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Zudem legte sie einen Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 8. November 2019 und eine Stellungnahme von Dr. A.____ vom 14. November 2019 auf (Urk. 11/1-2). Mit Verfügung vom 25. November 2019 wurden diese der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht (Urk. 12).

Mit Eingabe vom 4. Dezember 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 13), was der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 16. Dezember 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, gemäss Beurteilung von Dr. A.____ seien der Versicherten wechselbelastende, leichte Tätigkeiten ohne Arbeit in unebenem Gelände,

ohne häufiges Treppensteigen und ohne Leitersteigen mit Gewichten zumutbar. Das fortgeschrittene Alter der Versicherten stehe einer Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit nicht entgegen. Auf einem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt stünden auch für sie Möglichkeiten offen, eine Stelle mit diesem Zumutbarkeitsprofil zu finden. Art. 28 Abs. 4 UVV sei vorliegend daher nicht anwendbar. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad. Ein höherer Abzug rechtfertige sich vorliegend nicht. Dr. A. ___ habe weiter dargelegt, dass der Versicherten aufgrund des Ereignisses keine erhebliche und dauernde Schädigung der körperlichen Integrität entstanden sei, was sich insbesondere aus den bildgebenden Befunden ergebe. Auf seine Einschätzung könne abgestellt werden, weshalb kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, die Suva habe es versäumt, den medizinischen Sachverhalt vollständig abzuklären. Da sie trotz der medizinischen Behandlung unter anhaltenden Beschwerden leide, hätten die behandelnden Ärzte die im Jahr 2018 angefertigten Arthro-CT-Bilder erneut studiert. Dabei sei ein Knorpelschaden im Bereich der Talusrolle entdeckt worden, der die Schwellungsneigung erklären könne. Dies ergebe sich aus dem Sprechstundenbericht der Universitätsklinik B. ___ vom 30. Juli 2019. Der Knorpelschaden sei von Dr. A. ___ übersehen worden und dementsprechend in seine Beurteilung nicht eingeflossen. Auch dass sich im Verlaufs-MRI vom 6. November 2018 kleine posttraumatische Knorpeldefekte gezeigt hätten, habe Dr. A. ___ nicht berücksichtigt. Die Defekte seien überwiegend wahrscheinlich auf die Fraktur zurückzuführen. Weiter sei die Wahrscheinlichkeit einer Arthroseentwicklung im oberen Sprunggelenk erhöht. Der medizinische Sachverhalt erweise sich als unvollständig abgeklärt, weshalb nicht auf die Einschätzung von Dr. A. ___ abgestellt werden könne. Die Beschwerdeführerin sei des Weiteren zu Unrecht davon ausgegangen, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit noch verwerten könne. Angesichts ihres Alters sei es gänzlich realitätsfremd, davon auszugehen, dass sie auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Arbeit finden könnte. Sie sei nicht vermittelbar, weshalb ihr eine ganze Rente zustehe. Weiter habe sie Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, da ausreichend Hinweise für eine medizinisch-theoretische Invalidität vorliegen würden (Urk. 1).

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2019 machte die Beschwerdeführerin geltend, der Bericht der Universitätsklinik B. ___ vom 25. Juli 2019 vermöge keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. A. ___ zu begründen. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, was von Dr. A. ___ berücksichtigt worden sei. Von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin gelte die Rechtsprechung betreffend Unverwertbarkeit einer medizinischen-theoretischen Restarbeitsfähigkeit aufgrund des fortgeschrittenen Alters der versicherten Person in der Unfallversicherung nicht. Daher habe die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 9).

E. 2.4

Mit Eingabe vom 4. Dezember 2019 hielt die Beschwerdeführerin daran fest, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei. Dr. A. ___ habe den erst im

Juli 2019 entdeckten Knorpelschaden in seiner Beurteilung nicht berücksichtigt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. November 2019 gebe er denn auch zu, dass sich durch die neu eingegangenen Berichte an seiner früheren Stellungnahme etwas ändern würde. Weshalb er trotzdem an seinem Zumutbarkeitsprofil festhalte, sei nicht nachvollziehbar. In den Akten fehle zudem eine Beurteilung, wie sich der arthrotische Zustand entwickeln werde. Eine solche Einschätzung sei jedoch entscheidend für die Beurteilung, ob ein Integritätsschaden vorliege. Es sei daher durch das Gericht eine spezialärztliche Abklärung in Auftrag zu geben (Urk. 13). 3. 3.1

Im Bericht des Spitals C.____ vom 16. Juni 2016 wurde ausgeführt, das CT zeige eine OSG-Luxationsfraktur mit Luxation des Talus nach dorsal. Das Volkmann'sche Dreieck sei nach dorsal disloziert. Es bestehe eine Fraktur aus einem grösseren und einzelnen kleineren Fragmenten des Malleolus

medialis mit leichter Dislokation nach dorsal sowie eine Fraktur des lateralen Malleolus (Typ Weber B) mit starker Dislokation und Abkipfung nach dorsal (Urk. 10/11). Die Versicherte wurde am 13. Juni 2016 im Spital C.____ operiert (Bericht vom 14. Juni 2016, Urk. 10/13).

3.2

Im Zwischenbericht des Hausarztes, Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 23. November 2016 wurde folgende Diagnose aufgeführt (Urk. 10/39): - 3-Malleolarfraktur, Osteosynthese 13. Juni 2016

Die Versicherte sei zunehmend mobil, auch ohne Stöcke. Radiologisch zeige sich eine regelrechte Lage des osteosynthetischen Materials. Die Arbeitsaufnahme sei anfangs Januar 2017 geplant (Urk. 10/39). 3.3

Im Bericht des Spitals C.____ vom 13. April 2017 wurde folgende Diagnose genannt (Urk. 10/54 S. 1): - Status nach Osteosynthese einer trimalleolären OSG-Luxationsfraktur links am 13. Juni 2016

Die Patientin stelle sich wegen persistierender Schmerzen im oberen Sprunggelenk vor. Die Schmerzen seien relativ diffus, auch praetibial und im Bereich des lateralen Malleolus und würden sowohl in Ruhe als auch bei Belastung auftreten (Urk. 10/54 S. 1).

Es zeige sich im OSG eine leichte diffuse Schwellung, akzentuiert dorsal des lateralen Malleolus. Das Bewegungsausmass sei recht gut. Sämtliche Bewegungen im OSG seien diffus schmerzhaft. Das Gangbild sei hinkfrei (Urk. 10/54 S. 1).

Ein Teil der Schmerzen sei sicherlich auf das Osteosynthesematerial zurückzuführen. Daher sollte eine Materialentfernung vorgenommen werden. Die restlichen Beschwerden seien schwer zuzuordnen, die Angaben seien sowohl anamnestisch als auch im Untersuchungssehr diffus (Urk. 10/54 S. 2).

Am 2. Mai 2017 fand eine Osteosynthesematerialentfernung im Spital C.____ statt (Urk. 10/60). 3.4

Im Bericht des Spitals C.____ vom 19. Juni 2017 wurde folgende Diagnose aufgeführt (Urk. 10/70 S. 1): - Status nach Osteosynthese einer Trimalleolarfraktur am 13. Juni 2016 - Status nach Osteosynthesematerialentfernung am 2. Mai 2017 mit Einsetzen der 3,5 mm durchbohrten Kortikalis Stahlschraube (MR-tauglich) mit kurzem Gewinde in der ventralen Tibia zur Fixation des Volkmandreiecks

Sechs Wochen nach obgenannter Operation klagt die Patientin über immer noch vorhandene Schmerzen. Sie müsse nach wie vor Schmerzmittel einnehmen. Die Schmerzen würden bei Belastung zunehmen, seien jedoch auch im Liegen und Sitzen vorhanden (Urk. 10/70 S. 1).

Trotz Materialentfernung habe sich die Situation nur wenig gebessert. Die Schwellung dorsal des lateralen Malleolus sei etwas zurückgegangen, aber nach wie vor vorhanden. Zur weiteren Abklärung sei es notwendig, ein MRI des Fussgelenks anzufertigen, insbesondere mit Frage nach Tendinitis, aber auch zur Beurteilung der Knorpelsituation und der vorderen Syndesmose. Nach wie vor könne davon ausgegangen werden, dass zusätzlich eine psychische Überlagerung vorliege (Urk. 10/70 S. 2). 3.5

Am 23. Juni 2017 wurde im Stadtspital E.____ ein natives MRI des linken OSG/Rückfusses angefertigt. Die von ventral an der distalen Tibia eingebrachte Schraube zur Osteosynthese des Volkmann'schen Dreiecks verursache deutliche Metallartefakte. Die Artikulation im OSG und USG sei regelrecht ohne pathologischen Gelenkerguss. Das vordere und hintere Syndesmoseband sei intakt. Das Ligamentum fibulotalare

anterius sei leicht ausgedünnt, die übrigen Ligamente seien intakt. Eine Tendinitis sei nicht nachzuweisen. Der Knorpelzustand im Bereich des OSG könne aufgrund der Metallartefakte nicht beurteilt werden (Urk. 10/66). 3.

E. 6

Im Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 7. August 2017 wurde folgende Diagnose genannt (Urk. 10/78 S. 1): - chronifizierte sensomotorische Störung am linken Fuss nach Osteosynthese einer trimalleolären OSG-Fraktur am 13. Juni 2016 und Osteosynthesematerialentfernung am 2. Mai 2017 mit belassener Stahlschraube

Die Patientin klagt über Schmerzen am gesamten linken Fuss sowie über ein Taubheitsgefühl am Fussrücken und der Ferse. Sie könne deshalb nicht auftreten, ertrage selbst Sand nicht an den Füßen und könne daher auch nicht mehr arbeiten (Urk. 10/78 S. 1).

Neurophysiologisch könnten eine Tibialis- sowie eine Peroneusläsion ausgeschlossen werden. Bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik müssten unfallfremde Faktoren der Schmerzzentralisierung und -funktionalisierung eine Rolle spielen. Daher werde eine multimodale Schmerzbehandlung empfohlen. Dass die Patientin ihre überwiegend stehende Berufstätigkeit wieder aufnehmen könne, sei unrealistisch (Urk. 10/78 S. 2). 3.7

Im Bericht des Spitals C.____ vom 11. August 2017 wurde ausgeführt, die Patientin leide nach wie vor unter Schmerzen im Bereich der dorsalen/lateralen Fibula. Die Röntgenaufnahme vom 29. Juni 2017 zeige eine regelrechte Stellung des Innen- und Aussenknöchels. Der Talus stehe mittig, die kanülierte Schraube sei regelrecht im Knochen. Im Bereich des Pilonus zeige sich eine wellenförmige Struktur der tibialen Gelenkfläche und eine vermehrte Sklerose der distalen tibialen Gelenkfläche. Dies sei auf den initialen Aufnahmen postoperativ nicht der Fall gewesen. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass sich nach der Luxationsfraktur des linken OSG in diesem Bereich eine Arthrose gebildet habe (Urk. 10/108 S. 2). 3.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte gestützt auf die kreisärztliche Einschätzung von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.1 8) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung (vgl. vorstehend E. 2. 1).

Dagegen machte die Beschwerdeführerin geltend, es würden ausreichende Hinweise für eine bleibende medizinisch-theoretische Invalidität vorliegen, welche den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründen würden. Insbesondere könnte die künftige Entwicklung des arthrotischen Zustands einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründen (vgl. Urk. 1 S. 10, Urk. 13 S. 3).

E. 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. 5).

E. 6.3

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

E. 6.4

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

E. 6.5

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.3), kam Dr. A.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. November 2019 zum Schluss, dass ein minimaler Knorpelschaden vorliege, der auf den Unfall zurückzuführen sei (Urk. 1 1/2 S. 4). Damit erscheint überwiegend wahrscheinlich, dass eine unfallbedingte dauernde Schädigung des linken 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). Dies war vorliegend nicht der Fall. Aus dem Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 8. November 2019 geht zudem hervor, dass weiterhin keine Arthrolyse geplant ist (Urk. 11/1). Aus Tabelle 2 ergibt sich somit kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

Weiter ist gemäss Suva-Tabelle 5 (Revision 2011) bei mässigen bis schweren Arthrosen eine Entschädigung geschuldet. Bei leichten Arthrosen wird demgegenüber keine Entschädigung ausgerichtet. Im Bericht des Dr. A.____ vom 27. Februar 2019 wurde ausgeführt, das MRI zeige keine Arthrose des oberen Sprunggelenks, d.h. jener Region, die beim Ereignis geschädigt worden sei (Urk. 10/245 S. 6). In seiner

Stellungnahme vom 14. November 2019 führte er demgegenüber aus, es finde sich ein minimaler Knorpelschaden, einer leichten Arthrose entsprechend (Urk. 11/2 S. 4). Dr. H.____ führte auf die Frage hin, ob mit einer späteren Entwicklung einer Arthrose im oberen Sprunggelenk zu rechnen sei, aus, das Risiko einer Arthroseentwicklung im oberen Sprunggelenk sei nach der erlittenen Verletzung sicher erhöht. Ob es allerdings im weiteren Verlauf zu einer manifesten Arthrose kommen werde, sei unklar und könne nicht voraus gesagt werden (Urk. 3/12). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist somit erstellt, dass im Entscheidungszeitpunkt

weder eine mässige noch eine schwere Arthrose des oberen Sprunggelenks vorlag. Die blosses Möglichkeit, dass sich eine solche entwickeln könnte, genügt nicht, um einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu begründen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8 C_32/2010 vom 6. September 2010 E. 2.6.2

m.w.H.). Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Leistungspflicht daher zu Recht ab. 7.

Nach dem Gesagten bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem Endzustand im Juni 2019 ausgegangen ist. Bei einem Invaliditätsgrad von 7 % resultiert kein Anspruch auf eine Invalidenrente, und auch die Feststellung der Beschwerdegegnerin, dass keine Integritätsentschädigung geschuldet ist, ist nicht zu beanstanden. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Das Verfahren ist kostenlos.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli - 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 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 Die Gerichtsschreiberin Vogel Curiger

E. 8

Im Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ vom 23. November 2017 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/91 S. 1-2): - OSG Distorsionstrauma mit trimalleolärer OSG-Luxationsfraktur links 1. gradig offen - Omalgie rechts - arterielle Hypertonie - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F 43.22), DD: Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F 41.2) (11/2017 psychiatrisch-psychologischer Dienst Rehaklinik Z.____)

Bei der Patientin würden anhaltende Schmerzen und Kribbelparästhesien im Bereich des linken Fusses mit Einschränkung der Belastbarkeit und der Gehstrecke bestehen. Trotz intensiver Physiotherapie und einer Schuhanpassung habe sich die Situation bisher nicht wesentlich gebessert. Die Patientin zeige sich schmerzfixiert. Das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie den bildgebenden Abklärungen nur teilweise erklären. Die Patientin zeige ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten. Es finde sich eine erhebliche Symptomausweitung (Urk. 10/91 S. 4).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin sei nicht mehr zumutbar. Für angepasste, leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeit in unebenem Gelände, ohne häufiges Treppensteigen und ohne Leitersteigen mit Gewichten sei sie jedoch zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/91 S. 3). 3.9

Mit Stellungnahme vom 12. Dezember 2017 hielt der Vertrauensarzt Dr. med. G.____ , Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dafür, dass die Versicherte in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 10/97). 3.

E. 10

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 4. April 2018 wurde ausgeführt, die Patientin klagt über Schmerzen im lateralen OSG-Bereich, jedoch auch im medialen Sprunggelenks-Bereich. Die Schmerzen seien vorwiegend belastungsabhängig, träten jedoch auch in Ruhe auf. Ausserdem bestünde ein Gefühl von Ameisenlaufen auf dem Fussrücken (Urk. 10/146 S. 1).

Zur Bilanzierung des Knorpelschadens und der Stellungsverhältnisse würden die Erstellung eines Arthro-CT sowie eines MRI des Rückfusses veranlasst. So könnten die Peronealsehnen sowie die Tibialis

posterior Sehne beurteilt werden (Urk. 10/146 S. 2). 3.11

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 24. Mai 2018 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/167 S. 1): - chronische Schmerzen Fuss links mit/bei: - Längssplitt peroneus

brevis Sehne - ventrales OSG- Impingement - Stressfraktur Proc . anterior

calcanei - Hypoästhesie Fussrücken - neurophysiologische Untersuchung 23. Mai 2018:
ohne

pathologische Befund - Status nach erstgradig offener trimalleolärer
OSG-Luxationsfraktur Fuss links am 13. Juni 2016

Das Integument sei unauffällig reizlos. Es bestünden Druckdolenzen über dem
Peronealsehnensack wie auch dem ventralen OSG. Das vordere Impingementzeichen sei
positiv. Das OSG sei stabil, ohne vermehrten Talusvorschub oder vermehrte laterale
Aufklappbarkeit. Es würden beinahe ubiquitär Druckdolenzen über dem Rückfuss
lateralseits sowie über dem Mittel- und Vorfuss angegeben (Urk. 10/167 S. 2).

Das Arthro-CT vom 24. Mai 2018 zeige konsolidierte Frakturen sowie kleine
Knorpelfissuren im Bereich der ehemaligen Frakturen, d.h. am medialen Malleolus sowie
an der dorsalen Tibia im Bereich des ehemaligen Volkmann-Fragmentes. Das MRI zeige
eine nicht dislozierte Fraktur des Proc. Anterior

calcanei sowie eine Tendinopathie der Peroneus

brevis-Sehne. Weiter bestünden narbige Veränderungen von Syndesmose-, medialen
und lateralem Kollateralbandapparat (Urk. 10/167 S. 2).

Die Hauptbeschwerden der Patientin könnten auf die Läsion der Peroneus

brevis Sehne sowie auf das ventrale OSG Impingement zurückgeführt werden. Die
Stressfraktur sei ebenfalls symptomatisch. Die anderweitigen Beschwerden bei nahezu
ubiquitär am linken Fuss würden weder klinisch noch bildgebend ein klares Korrelat finden
(Urk. 10/167 S. 2). 3.12

Nach Einsicht in die Berichte der Universitätsklinik B.____ erachtete es Kreisarzt Dr. G.____
als erstellt, dass ein Rückfall vorliege. Der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht.
Diesbezüglich könne an seiner Einschätzung vom 12. Dezember 2017 nicht festgehalten
werden (Urk. 10/168). 3.13

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 21. Juni 2018 wurde ausgeführt, im Vergleich
zum Voruntersuchen würden sich weniger Druckdolenzen zeigen. Nach wie vor bestehe
jedoch eine Druckdolenz über dem ventralen OSG, insbesondere anterolateral, dem Sinus
tarsi, dem Processus

anterior

calcanei sowie über dem Peronealsehnensack. Weniger ausgeprägte Druckdolenzen
bestünden diffus über dem Rückfuss. Die Beweglichkeit und Sensomotorik seien im Ver-
gleich zum Voruntersuchen unverändert (Urk. 10/171). 3.14

Am 31. Juli 2018 nahm Kreisarzt Dr. G.____ erneut Stellung und führte aus, es liege keine
stabile medizinische Situation vor. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, die Versicherte sei in
angestammter Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig. In leidensangepasster Tätigkeit bestehe nach
wie vor eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/183 S. 2). 3.15

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 20. August 2018 wurde festgehalten, die
OSG Infiltration habe keine Beschwerdereduktion bewirkt. Daher sei nicht davon
auszugehen, dass das OSG relevant zum Beschwerdebild beitrage. Als fassbare
Pathologien würden die Stressfraktur sowie die Tendinopathie mit vermutlich kleinem

Längssplit der Peroneus

brevis Sehne bleiben. Diese beiden Pathologien könnten die von der Patientin erlebte Symptomatik indes nicht erklären. Zunächst werde nun die Stressfraktur ausbehandelt. Sollte die Symptomatik unverändert bleiben, sei die Durchführung eines weiteren MRI angezeigt. Allenfalls müsste auch eine Infiltration des Peronealsehnensacks vorgenommen werden (Urk. 10/196 S. 2). 3.16

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 12. November 2018 wurde ausgeführt, es sei am 6. November 2018 ein MRI des OSG durchgeführt worden. Dieses zeige eine deutliche Regredienz des Knochenmarks im Processus

anterior

calcanei, eine Calcaneocuboidarthrose sowie eine leichte USG-Arthrose mit etwas Ödem im Sinus tarsi. Die Stressfraktur sei am Abheilen. Die Schmerzen würden sich nun am deutlichsten im Sinus tarsi lokalisieren. Daher werde als nächstes eine Infiltration des Sinus tarsi erfolgen (Urk. 10/213 S. 2). 3.17

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 30. Januar 2019 wurde festgehalten, die Infiltration des Peronealsehnensacks habe zu einer partiellen Beschwerdereduktion geführt, dies jedoch nur betreffend die lateralseitigen Schmerzen. Hinsichtlich der Gesamtsymptomatik werde die Beschwerdereduktion von der Patientin mit 10-20 % angegeben. Ein operatives Vorgehen sei daher nicht zu empfehlen. Angesichts des deutlichen Beschwerderückgangs im Verlauf seit der Erstvorstellung werde ein weiterhin konservatives Vorgehen vereinbart (Urk. 10/243). 3.18

Am 27. Februar 2019 nahm Kreisarzt Dr. A.____

Stellung zum Fall. Er hielt fest, von einer weiteren medizinischen Beurteilung sei keine namhafte Besserung zu erwarten. Das Ereignis habe sich vor rund 2,5 Jahren zugetragen. Durch die medizinischen Abklärungen hätten keine strukturellen Läsionen nachgewiesen werden können, welche die geklagten Beschwerden objektiv erklären könnten. Der Längssplit an der Peroneus-Sehne sei im Übrigen überwiegend wahrscheinlich auf Degeneration zurückzuführen, stelle jedoch wohl nicht die organische Ursache für die Beschwerden dar. Überwiegend wahrscheinlich liege eine Somatisierungsstörung vor (Urk. 10/245 S. 5).

Somatisch sei der Versicherten keine erhebliche und dauernde Schädigung der körperlichen Integrität entstanden. Dies zeige sich im bildgebenden Material vom 6. November 2018, welches eine leichte Calcaneocubitalarthrose sowie eine leichte USG-Arthrose, jedoch keine Arthrose im OSG zeige (Urk. 10/245 S. 6).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten vollzeitlich nicht mehr zumutbar. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeit in unebenem Gelände, ohne häufiges Treppensteigen und ohne Leistersteigen mit Gewichten könne sie jedoch zu 100 % ausüben (Urk. 10/245 S. 6). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich auf die Ausführungen des Kreisarztes Dr. A.____

und ging davon aus, dass von einer Weiterführung der medizinischen Behandlung keine namhafte Besserung erwartet werden könne (Urk. 10/252). 4.2

Die Beschwerdeführerin bringt vor, auf die Einschätzung von Dr. A.____ könne nicht abgestellt werden. Er habe einen Knorpelschaden übersehen, obwohl ihm das bildgebende Material zur Verfügung gestanden habe. Daher handle es sich um einen medizinisch unvollständig abgeklärten Sachverhalt (Urk. 1). Als Beleg legte sie einen Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 30. Juli 2019 sowie eine Stellungnahme von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädie Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 9. August 2019 auf (Urk. 3/10, 3/12).

Im Bericht vom 30. Juli 2019 werden die bekannten Diagnosen aufgeführt. Weiter wird festgehalten, bei der Patientin bestünden Schmerzen im Bereich des medialen und lateralen OSG- Gutter's sowie im Bereich der Peronealsehnen. Es seien mehrere Infiltrationen durchgeführt worden, welche nur ein kurzes Ansprechen gezeigt hätten. Bei erneuter Durchsicht der im letzten Jahr angefertigten Arthro-CT Bilder sei ein Knorpelschaden im Bereich der Talusrolle aufgefallen, welcher für die Schwellungsneigung erklärend sein könnte (Urk. 3/10).

In der Stellungnahme vom 9. August 2019 führte Dr. H.____ aus, er teile die Einschätzung des Dr. A.____ bezüglich des oberen Sprunggelenks nicht. Im Arthro-CT vom 26. Mai 2018 sei eine kleine corticale Defektzone posterior an der distalen Tibia mit diskreter Irregularität des aufliegenden Knorpels ohne eigentlichen Knorpeldefekt beschrieben. Im Verlaufs-MRI vom 6. November 2018 hätten sich kleine posttraumatische Knorpeldefekte der distalen tibialen Gelenkfläche gezeigt. Diese Befunde seien nach stattgehabter Fraktur des Volkmann-Dreiecks zu erwarten. Es liege demnach durchaus eine klar mit überwiegender Wahrscheinlichkeit frakturbedingte Schädigung des linken oberen Sprunggelenks vor (Urk. 3/12).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin in vermögen diese Berichte die Einschätzung des Dr. A.____, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung zu erwarten wäre, nicht in Frage zu stellen. Wie aus dem Bericht vom 30. Juli 2019 hervorgeht, wurde einzig der Verdacht geäussert, dass die Schwellungsneigung des linken Fusses auf einen Knorpelschaden zurückzuführen sei. Die Beschwerdeführerin leidet seit dem Ereignis vom 13. Juni 2016 an persistierenden Schmerzen im linken Fuss. In den Arztberichten wird durchgehend berichtet, dass die Schmerzen diffus im gesamten Fuss auftreten würden und nicht gänzlich objektiviert werden könnten. Es wurde denn im psychiatrischen Konsilium auch eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F 43.22) diagnostiziert (Urk. 10/167 S. 1). Dr. A.____ wies daher zu Recht darauf hin, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Somatisierungsstörung vorliege. Weder im Bericht vom 30. Juli 2019 noch in demjenigen vom 9. August 2019 wird dargelegt, dass eine Behandlung des Knorpelschadens eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes bewirken könnte. Die Stellungnahme von Dr. H.____ zeigt vielmehr, dass er die Einschätzung von Dr. A.____ grundsätzlich teilt. So hielt er fest, er sei hinsichtlich des oberen Sprunggelenks mit Dr. A.____ nicht gleicher Meinung (Urk. 3/12). Dies lässt darauf schliessen, dass er die weitere Beurteilung von Dr. A.____, so insbesondere die Ausführungen dazu, dass von medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung erwartet werden könne, nicht in Frage stellt.

Auch aus der ergänzenden Stellungnahme von Dr. A.____ vom 14. November 2019 lässt sich nicht darauf schliessen, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden wäre. Zwar beantwortete er die Frage, ob die neu eingegangenen Berichte etwas an seiner Einschätzung ändern würden, mit ja (Urk. 11/2). Seine weiteren Ausführungen

zeigen indes, dass er seine Meinung einzig bezüglich der Frage, ob eine unfallkausale Schädigung des oberen Sprunggelenks vorliegt, änderte. Bezüglich der Fortsetzung der medizinischen Behandlung hielt er fest, davon könne keine namhafte Besserung erwartet werden. Die Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei auch mit einer weiteren Behandlung nicht mehr zu erreichen (Urk. 1 1/2).

Diese Darlegungen vermögen zu überzeugen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass keine gegenteiligen medizinischen Berichte in den Akten liegen. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung zu erwarten wäre. 4.3

Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, der Sachverhalt sei auch bezüglich der Frage, wie sich der arthrotische Zustand voraussichtlich entwickeln werde, nicht abgeklärt. Es sei vom Gericht eine spezialärztliche Abklärung anzuordnen

(Urk. 1, Urk. 13).

In seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2018 führte Dr. A. ___ aus, die Bildgebung zeige eine leichte Calcaneocubitalarthrose sowie eine leichte USG-Arthrose links. Im oberen Sprunggelenk, welches beim Unfallereignis geschädigt worden sei, liege jedoch keine Arthrose vor (Urk. 10/245 S. 6). Nachdem Dr. H. ___ in seiner Stellungnahme vom 9. August 2019 darauf hingewiesen hatte, dass das Arthro-CT vom 26. Mai 2016 eine kleine corticale Defektzone posterior an der distalen Tibia gezeigt habe und im Verlaufs-MRI kleine posttraumatische Knorpeldefekte der distalen tibialen Gelenksfläche zu sehen seien (Urk. 3/12), kam Dr. A. ___

am 14. November 2019 auf seine Einschätzung zurück. Er führte aus, im Jahr 2018 sei ein minimaler Knorpelschaden, einer leichten Arthrose entsprechend, bildgebend dargestellt worden (Urk. 11/2 S. 4).

Es liegen somit übereinstimmende Einschätzungen darüber vor, dass die Beschwerdeführerin durch das Unfallereignis einen minimalen Knorpelschaden am linken oberen Sprunggelenk erlitt. Der Schaden wurde bildgebend dargestellt. Es wurden nicht nur Arthro-CT-Bilder, sondern auch MRI-Bilder sowie Röntgenbilder vom Sprunggelenk angefertigt (Urk. 10/66, 10/146, 10/167, 10/213, 11/1). Die Beschwerdeführerin befindet sich zudem seit dem Unfallereignis in fachärztlicher Behandlung. Von weiteren spezialärztlichen Abklärungen sind daher keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Zwar finden sich in den Unterlagen keine Beurteilungen dazu, wie sich der arthrotische Zustand des Sprunggelenks entwickeln wird. Dies ist jedoch nicht auf mangelhafte Abklärungen, sondern vielmehr auf den Umstand zurückzuführen, dass eine solche Voraussage nicht möglich ist. Dies geht auch aus der Stellungnahme des Dr. H. ___ hervor. So führte dieser aus, das Risiko einer Arthroseentwicklung im oberen Sprunggelenk sei nach der erlittenen Verletzung sicherlich erhöht. Ob es im Verlauf zu einer manifesten Arthrose kommen werde, sei indes unklar und könne nicht vorausgesagt werden (Urk. 3/12). Dieses Vorbringen der Beschwerdeführerin ist daher nicht stichhaltig. 4. 4

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Heilkosten sowie die Ausrichtung der Taggelder per 30. Juni 2019 einstellte (Urk. 10/252). 5. 5.1

Auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Beurteilung vom 27. Februar 2019 und das darin definierte

Zumutbarkeitsprofil (vgl. Urk. 2 S. 7). 5.2

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A.____ vom 27. Februar 2019 ist anhand der Vorakten nachvollziehbar und das erstellte Zumutbarkeitsprofil nimmt auf die bestehenden Einschränkungen angemessene Rücksicht. Die Beurteilung von Dr. A.____ stimmt nicht nur mit derjenigen des Kreisarztes Dr. G.____ (Urk. 10/183 S. 2), sondern auch mit derjenigen der Ärzte der Rehaklinik Z.____ überein (Urk. 10/91). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht in Frage gestellt. Damit ist mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.3

5.3.1

Die für den Einkommensvergleich massgebenden rechtlichen Grundlagen wurden im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 5-7). Darauf wird verwiesen. 5.3.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin (Urk. 2 S. 8, Urk. 10/233). Das auf diese Weise ermittelte Valideneinkommen von Fr. 55'848.- wurde zu Recht nicht in Frage gestellt. 5.3.3

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE-Tabellen). Sie hielt fest, trotz des vorgerückten Alters der Beschwerdeführerin sei Art. 28 Abs. 4 UVV nicht anwendbar (Urk. 2 S. 8). Die Beschwerdeführerin macht geltend, aufgrund ihres Alters könne sie ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwerten (Urk. 1, Urk. 13).

Gemäss Art. 28 Abs. 4 UVV sind für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend, die ein Versicherter im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte, wenn ein e

versicherte Person nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt oder sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit auswirkt. Damit wird bei der Invaliditätsbemessung einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass nebst der - grundsätzlich allein versicherten - unfallbedingten Invalidität auch das vorgerückte Alter eine Ursache der Erwerbslosigkeit oder -unfähigkeit bildet. Andererseits wird berücksichtigt, dass die Invalidenrenten der Unfallversicherung bis zum Tod der Versicherten zur Ausrichtung gelangen (Art. 19 Abs. 2 UVG), wobei sie - in Abweichung von Art. 17 Abs. 1 ATSG - nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden können (Art. 22 UVG; vgl. BGE 134 V 131). Mit Art. 28 Abs. 4 UVV soll demnach verhindert werden, dass bei älteren Versicherten zu hohe Invaliditätsgrade resultieren und Dauerrenten zugesprochen werden, wo sie mit Blick auf die unfallbedingte Invalidität eher die Funktion von Altersrenten aufweisen (BGE 122 V 418 E. 3a S. 421 f. mit Hinweisen). Die Rechtsprechung geht beim vorgerückten Alter von einem Alter ab rund 60 Jahren aus (BGE 122 V 418 E. 4c S. 424; Urteil 8C_205/2016 vom 20. Juni 2016 E. 3.4 mit Hinweisen). Neben dem vorgerückten Alter wird vorausgesetzt, dass eine physiologische Altersbrechlichkeit vorliegt, wobei es gemäss jüngerer Rechtsprechung genügt, dass sich

der Altersfaktor erwerblich negativ auswirkt. So hielt das Bundesgericht fest, Art. 28 Abs. 4 UVV gelange auch dann zur Anwendung, wenn das vorgerückte Alter das Zumutbarkeitsprofil nicht zusätzlich beeinflusst, also keine zusätzlichen Einschränkungen des funktionalen Leistungsvermögens mit sich bringt, aber einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit trotzdem entgegensteht, weil sich kein Arbeitgeber mehr findet, der die betroffene Person einstellen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_307/2017 vom 26. September 2017 E. 4.2.2

m.w.H.).

Die Beschwerdeführerin wurde im November des Jahres 1955 geboren und stand im Zeitpunkt des Einspracheentscheids somit vier Monate vor der Pensionierung. Die Beschwerdeführerin macht zu Recht geltend, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass sie so kurz vor Eintritt des Pensionsalters noch eine Anstellung finden würde (Urk. 1, Urk. 13). Entgegen ihrem Vorbringen kann daraus indes nicht auf eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geschlossen werden, da sich im Bereich der Unfallversicherung keine Rechtsprechung etabliert hat, wonach die Unverwertbarkeit einer verbleibenden medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit wegen des fortgeschrittenen Alters zu berücksichtigen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_313/2018 vom 10. August 2018 E. 6.6).

Vielmehr gelangt Art. 28 Abs. 4 UVV zur Anwendung. Der Invaliditätsbemessung ist daher ein Vergleichseinkommen für einen Versicherten im mittleren Alter zu Grunde zu legen. Dieses liegt nach der Rechtsprechung bei etwa 42 Jahren oder zwischen 40 und 45 Jahren (BGE 122 V 418 E. 1b S. 419). Unter Berücksichtigung dessen, dass die Beschwerdeführerin keine Ausbildung absolviert hat, rechtfertigt es sich, auf den durchschnittlichen Monatslohn für weibliche Hilfskräfte im Alter zwischen 30 und 49 Jahren im Umfang von Fr. 4'341.-- abzustellen (LSE 2016, S. 51, Tabelle T 17, Hilfsarbeitskräfte, Lebensalter 30-49 Jahre, Frauen). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für weibliche Arbeitskräfte von 2'709 Punkten im Jahr 2016 auf 2'732 Punkte im Jahr 2018 (vgl. die auf der Website des Bundesamtes für Statistik [www.bfs.admin.ch] unter « Statistiken finden » unter der Rubrik « 03 – Arbeit und Erwerb » und der Unter rubrik « Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten » publizierten Lohnentwicklungsdaten) ergibt dies bei einem Beschäftigungsgrad von 100 % ein jährliches Bruttoeinkommen von rund Fr. 54'767.-- (Fr. 4'341.-- / 40 x 41,7 x 12 / 2'709 x 2'732).

Die Beschwerdegegnerin gewährte einen leidensbedingten Abzug von 5 % (Urk. 2 S. 8). Die Höhe des Abzugs wurde von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Da die beschwerdebedingten Einschränkungen bereits beim Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt wurden, würde sich ein höherer Abzug nicht rechtfertigen. Es resultiert somit ein Invalideneinkommen von rund Fr. 52'029.-- (Fr. 54'767.-- x 0.95). 5.3.4

Wird das

Valideneinkommen von Fr. 55'848.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 52'029.-- gegenübergestellt, ergibt dies eine Einbusse von Fr. 3'819.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 7 % entspricht. Da der Invaliditätsgrad unter 10 % liegt, verneinte die

Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). 6.

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