

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00225**

## **vom 21. Dezember 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00225](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00225)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00225 du 21 décembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00225 del 21 dicembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1989 geborene X.\_\_\_\_ war seit April 2017 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Säger angestellt und in diesem Rahmen bei der Suva obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert (Urk. 7/1). Am 15. November 2017 kippte bei der Arbeit ein Holzbalken zur Seite und fiel dem Versicherten auf den linken Unterschenkel (Urk. 7/1, Urk. 7/9 , Urk. 7/39 ).

Dabei zog er sich

eine Fraktur des linken Wadenbeines ( Maisonneuve -Verletzung) sowie eine Ruptur der ventralen Syndesmose zu (Urk. 7/9 , Urk. 7/16 , Urk. 7/69 ). Die Suva erbrachte daraufhin die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld ; Urk. 7/3-4). Am 27. November 2017 wurde eine Naht der Syndesmose sowie eine Stellschrauben-Osteosynthese am linken oberen Sprunggelenk

( OSG ) durchgeführt (Urk. 7/16). Nachdem die Suva das Dossier ihrem Kreisarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vorgelegt hatte (Stellungnahme vom 2. Mai 2018, Urk. 7/47), teilte sie dem Versicherten am 3. Mai 2018 mit, dass die Taggelder per 14. Mai 2018 eingestellt, die ärztlichen Behandlungskosten aber weiterhin übernommen würden (Urk. 7/49). Mit Schreiben vom 17. Mai 2018 opponierte der Versicherte gegen die Einstellung der Taggelder und ersuchte um Kostenübernahme für die Physiotherapie sowie die hausärztliche Betreuung (Urk. 7/58). PD Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte am 5. Juni 2018 eine instabile Syndesmose links sowie eine Fibulaverkürzung links und empfahl eine Fibulaverlängerung sowie eine Rekonstruktion der Syndesmose (Urk. 7/63/

#### **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 15. November 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen 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). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche ( lit . a), Verrenkungen von Gelenken ( lit . b), Meniskusrisse ( lit . c), Muskelrisse ( lit . d), Muskelzerrungen ( lit . e), Sehnenrisse ( lit . f), Bandläsionen ( lit . g) und Trommelfellverletzungen ( lit . h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

### **E. 1.3**

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 entfiel (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. 1.4**

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.5**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person

mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungs massnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeit punkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C \_ 454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

#### **E. 1.6**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

#### **E. 1.7**

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 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). Nach 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 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, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbs fähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Vorausssehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4). 1.

#### **E. 4**

6) .

Nach erneuter Vorlage an ihren Kreisarzt und nachdem der Versicherte der auf den 21. Juni 2018 terminierten kreisärztlichen Untersuchung unentschuldigt fernge blieben war ( Urk. 7/70/5, Beurteilung vom 25. Juni 2018

[ Urk. 7/70 ]), hielt die Suva mit Schreiben vom 27. Juni 2018 an der Einstellung der Taggelder per 14. Mai 2018 fest und verneinte ihre Leistungspflicht für eine operative Fibula verlängerung

sowie eine Rekonstruktion der Syndesmose (Urk. 7/71). In seinem Bericht vom 28. Juni 2018 bestätigte Dr. A.\_\_\_\_ die im Vorbericht gestellte Operationsindikation (Urk. 7/73 /2 ), woraufhin Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Radiologie, am 5. Juli 2018 (Urk. 7/77) sowie Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 6. Juli 2018 (Urk. 7/79) jeweils eine kreisärztliche Stellungnahme erstatteten .

Am 10. Juli 2018 veranlasste Dr. B.\_\_\_\_ zur Überprüfung der Stabilität der Syndesmose Röntgenaufnahmen beider Sprunggelenke (Urk. 7/81, Bericht Universitätsspital D.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 [Urk. 7/83 ] ). Nachdem die Suva weitere kreisärztliche Beurteilungen von Dr. Z.\_\_\_\_

(Beurteilungen vom 3. August 2018 [Urk. 7/85] , 24. September 2018 [Urk. 7/95] und 10. Januar 2019 [Urk. 7/129])

eingeholt , Dr. A.\_\_\_\_ am 15. August 2018 eine operative Verlängerung der Fibula links durchgeführt (Urk. 7/100) und am

8. Januar 2019 per E-Mail

eine Stellungnahme zur Operationsindikation (Urk. 7/127) erstattet hatte, schloss die Suva den Schadenfall mit Verfügung vom 8. Februar 2019 per 14. Mai 2018 ab (Urk. 7/134). Die vom Versicherten dagegen am 21. Februar 2019 erhobene und mit Eingabe vom 25. März 2019 ergänzend begründete Einsprache (Urk. 7/141/1, Urk. 7/143) wurde mit Einspracheentscheid vom 31. Juli 2019 abgewiesen (Urk. 7/146 = Urk. 2).

2.

Dagegen erhob der Versicherte am 16. September 2019 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid der Suva vom 31. Juli 2019 aufzuheben und diese anzuweisen, ihm über den 14. Mai 2018 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventuell sei der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären und hernach über seine Versicherungsansprüche neu zu befinden (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2019 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 30. Oktober 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Durch die medizinischen Akten belegt und unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 15. November 2017 eine Fraktur des linken Wadenbeines (Fibula) sowie eine Ruptur der linken Syndesmose zuzog. Am 27. November 2017 wurden diese Verletzungen mit einer Naht der Syndesmose sowie einer Stellschrauben-Osteosynthese links operativ versorgt (E. 3.2). Die Beschwerdegegnerin anerkannte hinsichtlich des Ereignisses vom 15. November 2017 ihre Leistungspflicht und erbrachte Taggeld sowie Heilbehandlungskosten (Urk. 7/3-4). Nachdem die Beschwerdegegnerin den Fall per 14. Mai 2018 abgeschlossen hatte, führte PD Dr. A.\_\_\_\_ am 15. August 2018 eine operative Verlängerung der Fibula links durch (E. 3.16).

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen ist, dass spätestens ab dem 14. Mai 2018 keine auf den Unfall zurückzuführenden Beeinträchtigungen mehr bestanden haben .

#### **E. 4.2.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrem Entscheid auf die

kreisärztlichen Beurteilungen von

Dr. Z.\_\_\_\_

(Urk. 7/47, E. 3.10, E. 3.15, E. 3.18) , Dr. B.\_\_\_\_ (E. 3.12) und Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.13) . Im Vordergrund steht, dass die Kreisärzte die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden nicht nachvollziehen konnten. Unter Berücksichtigung der relevanten Vorberichte und unter Würdigung der umfassenden Bildung gelangten die Kreisärzte übereinstimmend zum Schluss, beim Beschwerdeführer bestehe kein leistungseinschränkender Gesundheitsschaden am linken OSG und insbesondere keine relevante Verkürzung der Fibula und keine Instabilität der Syndesmose .

#### **E. 4.2.2**

Dagegen wendet der Beschwerdeführer – gestützt auf die Berichte von

PD Dr. A.\_\_\_\_ – ein, im Zeitpunkt des Fallabschlusses habe noch ein unfallkausaler Gesundheitsschaden am linken OSG bestanden, welcher die am 15. August 2018 durchgeführte Operation indiziert habe (E. 2.2). Konkret schloss

PD Dr. A.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 5. Juni sowie vom 28. Juni 2018 auf eine instabile Syndesmose links sowie eine Verkürzung der Fibula (E. 3.9, E. 3.11) . Die daraufhin zur Abklärung einer Instabilität der Syndesmose in Auftrag gegebenen Röntgenaufnahmen beider Sprunggelenke unter Belastung (vgl. Urk. 7/77, Urk. 7/81)

forderten indes keine Hinweise auf eine Instabilität zu Tage (E. 3.14) . PD Dr. A.\_\_\_\_ wurden die betreffenden Aufnahmen vom 20. Juli 2018 im Januar 2019 und damit erst nach seinem operativen Eingriff vom 15. August 2018 vorgelegt (vgl. Urk. 7/124, E. 3.17 , vgl. aber auch Urk. 7/92, 97 , 113) . Aufgrund der

intraoperativen Befunde

verneinte auch PD Dr. A.\_\_\_\_ das Vorliegen einer Syndesmoseninstabilität und verzichtete auf eine Rekonstruktion derselben (E. 3.16) . Die Operationsindikation begründete PD Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2019 nachträglich sodann ausschliesslich mit einer Verkürzung der Fibula um 2-3 mm (E. 3.17) . Eine Syndesmoseninstabilität – als potentiell unfallkausaler Gesundheitsschaden –

kann somit gemäss einhelliger Beurteilung der Ärzte ausgeschlossen werden.

#### **E. 4.2.3**

Der Beschwerdeführer

erachtet

einen unfallkausalen Gesundheitsschaden in einer am

15. August 2018 operativ versorgten Verkürzung der Fibula um 2-3 mm als gegeben (E. 2.2).

Vorwegzunehmen ist, dass die behandelnden Ärzte nach der Naht der Syndesmose sowie der Stellschrauben-Osteosynthese am linken oberen Sprunggelenk vom 27. November 2017 übereinstimmend von einem regelrechten Verlauf mit einer Konsolidierung der Fibulafraktur und unauffälligen Verhältnissen im OSG ausgegangen sind (E. 3.2, E. 3.4, E. 3.5, E. 3.6). Sprunggelenksbeschwerden werden erstmalig im Bericht von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 9. April 2018 berichtet, deren Herkunft PD Dr. E.\_\_\_\_ als «noch relativ unklar»

bezeichnete . Nach Durchführung eines MRIs des OSG sowie eines CTs des Unterschenkels erachtete

PD Dr. E.\_\_\_\_

nach einem zweiwöchigen Arbeitsversuch von 50 % eine volle Arbeitsfähigkeit per Ende April 2018

als möglich (E. 3.7). Die Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2018, wonach g estützt auf die abgeschlossene Behandlung beim Operateur sowie den regelrechten Verlauf eine medizinisch nachvollziehbare Arbeitsun fähigkeit zu verneinen sei ( Urk. 7/47 ) , erweist sich somit mit Blick auf die Vorakten als schlüssig . Nichts daran zu ändern vermag die von den Ärzten des Stadt spitals I.\_\_\_\_

vom 26. Mai 2018 bis am 31. Mai 2018 attestierte Arbeitsun fähigkeit , zumal derselben lediglich die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden, jedoch kein

objektives Korrelat dafür zugrunde

lagen (E. 3.8) .

Ab dem 1. Juni 2018 stand der Beschwerdeführer bei PD Dr. A.\_\_\_\_ in Behand lung.

Die von PD Dr. A.\_\_\_\_ in seinen Berichten durchgehend vertretene Auf fassung, wonach beim Beschwerdeführer eine behandlungsbedürftige Verkürzung der Fibula um 2-3 mm bestand , begründete er

mit der Bildgebung sowie mit sei nerseits vorgenommenen konventionellen Unterschenkel-Untersuchungen

(E. 3.9 , E. 3.1 1 , E. 3.17 ) .

Am 25. Juni 2018 führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, die von PD Dr. A.\_\_\_\_ postulierte Verkürzung der Fibula um 3 mm lasse sich in der Rönt ge nuntersuchung vom 8. Januar 2018 aufgrund der minimalen axialen Verschie bung der Fibula

lediglich vermuten . Es würden sich nach wie vor keine somati schen Veränderungen finden, welche die geklagten Beschwerden erklären könnten (E. 3.1 0 ) . Diese Einschätzung steht in Einklang damit, dass auch die Ärzte der Klinik

G.\_\_\_\_ den Röntgenaufnahmen vom 8. Januar 2018 keine Auffäl ligkeiten entnommen hatten ( E . 3.4 ) . Die neue Bildgebung (CT Unterschenkel vom 10. April 2018, CT beider OSG vom 5. Juni 2018) legte die Beschwerdegegerin

ihrem Radiologen, Dr. B.\_\_\_\_ , vor. Dieser kam am 5. Juli 2018 zum Schluss , dass eine regelrechte Lage der Fibula im OSG bestehe und die Aussage von PD Dr. A.\_\_\_\_ bezüglich einer unfallbedingten Verkürzung der Fibula nicht nac h vollziehbar sei (E. 3.12 ) . Zuvor hatte bereits PD Dr. E.\_\_\_\_

in den CT-Aufnahmen vom 10. April 2018 keine Pathologie erkennen können, die einer vollständigen Arbeitsfähigkeit entgegen gestanden hätte (E. 3. 7 ) . Angesichts der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_

(E. 3.12) schloss sich auch Dr. C.\_\_\_\_

(E. 3.13 ) dessen Ein schätzung an und hielt Dr. Z.\_\_\_\_ an seiner Vorbeurteilung fest (E. 3.1 5 ) . Die kreisärztlichen Beurteilungen beruhen nach dem Gesagten auf umfassenden

Untersuchungen, sind in sich widerspruchsfrei, stehen in Einklang mit dem sich aus den Vorakten ergebenden Heilungsverlauf und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein (E. 1.8). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers stellen die Beurteilungen von PD Dr. A.\_\_\_\_ die kreisärztlichen Schlussfolgerungen nicht in Frage, vermochte der Operateur hierfür doch keine objektiven Gründe zu benennen. So hielt er ohne einlässliche Begründung an der Notwendigkeit einer Rekonstruktion der Syndesmose fest (E. 3.11), obwohl hinreichend Anlass bestanden hätte, die Frage der Notwendigkeit eines weiteren operativen Eingriffs zu klären (vgl. Urk. 7/71; 7/73). Anlässlich der Operation vom 15. August 2018 liess sich denn eine Instabilität der Syndesmose mittels intraoperativem Befund nicht bestätigen (E. 3.16), was sich mit den vom D.\_\_\_\_ erhobenen Befunden und der Einschätzung der Kreisärzte deckt (E. 3.12, 3.14-3.15). Sodann ist seine Auffassung, wonach eine um 2-3 mm verkürzte Fibula vorgelegen habe, angesichts der plausiblen Ausführung von Dr. Z.\_\_\_\_, wofür hierzu eine Röntgenaufnahme mit normierter Messskala von Nöten gewesen wäre (E. 3.18), wenig überzeugend. Dass eine unfallbedingte – behandlungsbeziehungsweise operationsbedürftige – Pathologie nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad erstellt war, ergibt sich schliesslich aus der E-Mail von PD Dr. A.\_\_\_\_, welcher postoperativ eine Operationsindikation als – wenn auch nur gering – adäquat bezeichnete (E. 3.17). Nachdem aber selbst bei minimal verkürzter Fibula gemäss schlüssiger Darlegung der Kreisärzte relevante Beschwerden im Sprunggelenksbereich nicht zu begründen gewesen wären (E. 3.10), und angesichts der Aktenlage eine Operation vielmehr kontraindiziert war (E. 3.15), vermag der Beschwerdeführer aus den Berichten von PD Dr. A.\_\_\_\_ nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. 4. 3

Zusammenfassend erweisen sich die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. Z.\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ als beweiskräftig. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag keine Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen zu wecken (vgl. E. 1.8).

Gestützt darauf ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass die objektivierbaren Unfallfolgen spätestens im Zeitpunkt der Aktenbeurteilung durch Dr. Z.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2018 (Urk. 7/47) abgeheilt waren. Anzuführen bleibt, dass der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden

muss. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 mit weiteren Hinweisen), was nach dem Gesagten zu bejahen ist. Da ein natürlicher Kausalzusammenhang demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dahingefallen ist, scheidet eine Leistungseinstellung per 14. Mai 2018 vorliegend – entgegen dem Dafürhalten des

Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 7 Rn 19) – auch nicht an der Übernahme der Physiotherapiekosten nach der Operation vom 15. August 2018,

zumal die Beschwerdegegnerin auf eine Rückforderung derselben verzichtet hat (vgl. Urk. 7/134; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_22/2019 vom 24. September 2019 E. 3 mit Hinweisen). Ausführungen zur Kausalität erübrigen sich vor diesem Hintergrund (vgl.

E. 1.4).

Bei m Fehlen von Unfallfolgen im Zeitpunkt des Fallabschlusses

resultiert selbst redend kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (E.1.6). Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verneinte. So ist beim Beschwerdeführer aktuell keine Arthroseentwicklung (E. 3.11) und auch keine sonstige dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität auszumachen (E. 3.10, E. 1.7). Dass eine solche in Zukunft möglicherweise drohen könnte (E. 3.11),

reicht für die Anspruchs begründung

nicht aus, umfasst Art. 36 Abs. 4 UVV doch nur eine voraussehbare Verschlimmerung eines bestehenden Integritätsschadens, nicht jedoch die voraussehbare Entstehung eines solchen. Bei dieser Aktenlage sind weiter gehende medizinische Erhebungen nicht erforderlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hinweis), da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. 5.

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - 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  
Der Gerichtsschreiber  
Vogel Kübler

## **E. 8**

Mit Bericht des Stadtspitals I.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2018 wurde auf eine starke Druckdolenz im medialen Anteil der Fibula-Spitze hingewiesen. Dort bestehe auch eine palpable Platte, welche weit nach proximal reiche. Der Beschwerdeführer sei bis am 31. Mai 2018 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/61). 3.

## **E. 9**

Am 5. Juni 2018

schloss PD

Dr. A.\_\_\_\_ auf eine instabile Syndesmose links sowie eine Fibulaverkürzung links. Es habe sich eine Druckdolenz über dem anterolateralen OSG mit besonderer Note über der Syndesmose gezeigt. Die antero-posteriore Mobilisation der Fibula sei massiv schmerzhaft. Die Röntgen aufnahmen vom 8. Januar 2018 würden eine Verkürzung der Fibula von circa 3

mm nachweisen (Urk. 7/63/4-5). Das angefertigte

CT habe die Verdachts diagnose bestätigt, weshalb eine Fibulaverlängerung und eine Rekonstruktion der Syndesmose links empfohlen werde (Urk. 7/63/6). 3.10

In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 25. Juni 2018 führte Dr. Z.\_\_\_\_ unter Würdigung der Vorakten

aus , es liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine instabile Syndesmose links vor. Das CT beider Sprunggelenke vom 5. Juni 2018 beurteile im Seitenvergleich die Syndesmose links wie auch rechts adaptiert und es hätten sich keine Stufenbildung, ein regelrechter Abstand, ein beidseits regelrechter Mineralisationsgrad sowie kein signifikanter Gelenkserguss im oberen Sprunggelenk gefunden. Die von PD Dr. A.\_\_\_\_ postulierte 3 mm betragende Verkürzung der Fibula links lasse sich in der Röntgenuntersuchung vom 8. Januar 2018 lediglich aufgrund der minimalen axialen Verschiebung der Fibula

vermuten . Bei erhaltender Syndesmose, stabiler Syndesmosenverbindung und stabilem Sprunggelenk könne eine minimale Verkürzung der Fibula im Millimeterbereich keine relevanten Beschwerden im Sprunggelenksbereich bewirken. Eine allfällige Verlängerungsoperation der Fibula um 3 mm entspreche nicht den Kriterien der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wirksamen und zweck mässigen Behandlung der aktuell geklagten Beschwerden, welche nicht unfall kausal seien. Die objektiven Befunde würden den somatischen Endzustand bestätigen, es würden sich bildgebend keine somatischen Veränderungen finden, welche die geklagten Beschwerden erklären könnten. Es sei somit der Verdacht einer Somatisierungsstörung zu äussern, dies unter dem sozialmedizinischen Aspekt der eingeleiteten rechtlichen Schritte und der Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz. Es könne von keiner weiteren Behandlung mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Der Beschwerdeführer könne in Anbetracht der Unfallfolgen zumutbarerweise sämtliche Tätigkeiten und Verrichtungen in zeit lichem und leistungsmässigem Umfang wie vor dem Unfall uneingeschränkt aus üben. Eine unfallbedingte Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet, da die Erheblichkeitsgrenze nicht überschritten werde (Urk. 7/70/4 6). 3.11

In seinem Bericht vom 28. Juni 2018 führte PD Dr. A.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe eine Fibulafraktur proximal erlitten, welche in der Röntgen aufnahme eine klare Verkürzung aufweise, die ihrerseits in der konventionellen Röntgenaufnahme aktuell vom OSG nachweisbar sei. Zudem bestehe auch das Problem der Schädigung der Syndesmose mit traumatischer Ursache. Die Fibula verlängerungs-Osteotomie sei dafür da, diese Verkürzung der Fibula, welche essentiell für die Stabilisierung des Rückfusses sei, wiederherzustellen . Ebenso die Rekonstruktion der Syndesmose. Auch wenn im Moment keine augenfällige Degeneration des oberen Sprunggelenks vorliege, sei mit einer weiteren Verschlechterung der Rückfussverhältnisse in den kommenden Jahren zu rechnen. Der Beschwerdeführer

birge ein hohes Risiko für eine frühzeitige Arthrose, die ihrerseits wieder Probleme verursache. Angesichts des jungen Alters des Beschwerdeführers wäre es beinahe schon nachlässig, diesen Eingriff nicht durchzuführen (Urk. 7/73). 3.12

Dr. B. \_\_\_\_

hielt in seiner radiologischen Stellungnahme vom 5. Juli 2018 fest, eine Verkürzung der Fibula lasse sich im CT des Unterschenkels vom 10. April 2018 keineswegs nachweisen und im CT beider OSG vom 5. Juni 2018 zeige sich beidseits eine regelrechte Lage der Fibula im OSG. Daher sei die Aussage von PD Dr.

A. \_\_\_\_ bezüglich einer unfallbedingten Verkürzung der Fibula nicht nachvollziehbar. Die vordere Syndesmose sei linksseitig deutlich narbig verändert, was nicht verwunderlich sei, da sie angeblich rupturiert gewesen sei. Der MR-tomografische Befund lasse aber nicht automatisch auf eine Instabilität der Malleolengabel schliessen. Die Stabilität der Malleolengabel lasse sich nämlich nicht durch eine normale MRT, die ja als statische Untersuchung bei liegendem Patienten, also ohne Belastung auf das OSG, durchgeführt werde, überprüfen. Sollte der Verdacht auf eine persistierende Instabilität der Malleolengabel bestehen, werde zur weiteren Abklärung die Anfertigung von Röntgenaufnahmen bei der OSG unter Belastung oder eine Untersuchung unter Durchleuchtung empfohlen (Urk. 7/77). 3.13

Dr.

C. \_\_\_\_

führte in seiner Kurzbeurteilung vom 6. Juli 2018 – mit Verweis auf die radiologische Beurteilung von Dr. B. \_\_\_\_ – aus, die Fibula würde keine Verkürzung

zeigen. Es bestehe nach wie vor keine Indikation für einen weiteren operativen Eingriff (Urk. 7/79). 3.14

Die daraufhin von Dr. B. \_\_\_\_ in Auftrag gegebenen (vgl. Urk. 7/81) Röntgenaufnahmen beider Sprunggelenke zeigten – gemäss dem Bericht des D. \_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 – eine regelrechte Artikulation mit symmetrisch weiter Syndesmose. Soweit konventionell-radiologisch beurteilbar bestehe kein Hinweis auf eine Instabilität. Knochenstruktur und Weichteile seien beidseitig regelrecht (Urk. 7/83). 3.15

Mit Beurteilung vom 3. August 2018 hielt Dr. Z. \_\_\_\_ an seiner Einschätzung vom 25. Juni 2018 fest. Anhand der Beurteilung der CT-Bilder beider Sprunggelenke vom 5. Juni 2018 durch den Facharzt für Radiologie sowie anhand der Beurteilung der Syndesmosen durch das unabhängige Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des D. \_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 hätten eine Verkürzung sowie eine Instabilität ausgeschlossen werden können. Entgegen der Einschätzung von PD Dr. A. \_\_\_\_ bedinge die unauffällige Bildgebung vielmehr eine Operationskontraindikation (Urk. 7/85/5, vgl. auch Urk. 7/95). 3.16

Am 15. August 2018 nahm PD Dr. A. \_\_\_\_

eine Verlängerung der Fibula links (3.5 mm Drittelrohrplatte und Kompressionschraube, Synthes) vor. Die Syndesmosenrekonstruktion anterolateral habe sich intraoperativ suffizient gezeigt. Bei Testung der Syndesmoseninstabilität

sei

diese relativ rigide gewesen . Eine weitere Rekonstruktion der Syndesmose sei nicht nötig gewesen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 2 Wochen bei sitzender und von 6 Wochen bei stehend gehender Tätigkeit (Urk. 7/100). 3.17

Am 8. Januar 2019 führte PD Dr. A. \_\_\_ in einem E-Mail gegenüber der Beschwerdegegnerin aus, er habe die Bildgebung vom 20. Juli 2018 vor einem Tag erhalten und diese beurteilt. Die von ihm (mit OsiriX ) gemessene fibulotalare

Gelenkweite betrage auf der linken, verletzten Seite 0.5 mm mehr als zur Gegen seite. In der Tat seien die Bilder nicht ganz symmetrisch rotiert, was in Natura auch nicht möglich wäre. In den CT-Untersuchungen und konventionellen Unterschenkel-Untersuchungen finde sich dennoch eine geringe Verkürzung um circa 2-3 mm, so dass er weiterhin an seiner Beurteilung festhalte und die Indikation zur korrigierenden Fibulaosteotomie (wenn auch nur gering) als adäquat werte (Urk. 7/127). 3.18

Dr. Z. \_\_\_ bezeichnete es in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 10. Januar 2019 als medizinisch nicht nachvollziehbar, wie PD Dr. A. \_\_\_ anhand einer konventionellen Unterschenkeluntersuchung und einer CT-Untersuchung eine Fibulaverkürzung von circa 2-3 mm feststellen könne. Um eine Längenmessung eines Knochens anhand einer radiologischen Bildgebung wissenschaftlich durchzuführen , bedürfe es einer Röntgenaufnahme mit einer zusätzlichen normierten Messskala. Eine solche Bildgebung habe gefehlt, da die Bildgebung vom 20. Juli 2018 zur Klärung der Stabilität der Syndesmose durchgeführt worden sei. Sowohl bildgebend wie intraoperativ sei eine stabile Syndesmose bestätigt worden. Der Hinweis von Dr. A. \_\_\_ , dass seine «konventionelle» Unterschenkeluntersuchung eine geringe Verkürzung von 2-3 mm ergeben habe, entspreche keiner anerkannten wissenschaftlichen Methode, um Knochenlängen zu objektivieren und um Verkürzungs- oder Verlängerungsosteotomien durchzuführen. Eine wissenschaftlich nachvollziehbare Fibulalängenmessung habe zu keinem Zeitpunkt stattgefunden und es könne somit weder eine posttraumatische Verkürzung noch Überlänge der Fibula präoperativ attestiert werden. An den Vorbeurteilungen werde dem nach festgehalten (Urk. 7/129). 4.

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