

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00012**

## **vom 1. August 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00012)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00012 du 1 août 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00012 del 1 agosto 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

2. Juli 2019 einen Rentenanspruch und sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von Fr. 4'410.-- basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % zu (Urk. 9/182). Die vom Versicherten am 9. Oktober 2019 erhobene Einsprache (Urk. 9/195/1) wies die S uva am 19. November 2019 ab (Urk. 9/203 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Wird die versicherte Person infolge eines 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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung; UVG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zu mutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

#### **E. 1.2**

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 Eingliederungsmassnahmen 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, auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt 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, auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

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 demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. 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 die sem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbe so ndere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezem ber 2014 E. 3).

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). 2.

### **E. 2**

Der

Versicherte erhob am 2. Januar 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Ein spracheentscheid vom 1 9. November 2019 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihm vom 1. Juli bis 3 1. Oktober 2019 weiterhin ein Taggeld auszubezahlen und der Invaliditätsgrad sei nicht mit

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung davon aus, dass spätestens im April 2019 medi zinische Behandlungen weder durchgeführt worden noch geplant gewesen seien. Der Abschluss des Falles setze lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erfor der lich sei. Dem Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ sei nicht zu entnehmen, dass von der Therapie mit Neurontin eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne der Rechtsprechung zu erwarten wäre. Zudem habe Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ nach einge hender Untersuchung des Beschwerdeführers festgestellt, dass der medizinische Endzustand erreicht sei. Im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 3 0. Juni 2019 sei der Endzustand demnach erreicht gewesen.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), die kreisärztliche Untersuchung habe nur 10 Minuten gedauert und von der kreis ärztlichen Beurteilung von November 2019 habe er zudem keine Kenntnis, er sei seit dem 1 6. April 2019 nicht mehr untersucht worden. Weiter bemängelte er, dass der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 1 7. Januar 2019 einen Kausal zu sammenhang zwischen den Exostosen und dem Unfall bejahe und somit auch die operative Entfernung derselben als unfallkausal eingestuft habe, in seiner vorhe rigen Stellungnahme vom 2 8. November 2018 die Kostenübernahme aber abge lehnt habe.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Einstellung der Taggelder sowie der Heilungskosten per 30. Juni 2019 und ein allfälliger Rentenanspruch. 3. 3.1

Laut Bericht vom 22. August 2018 über die gleichentags angefertigten Röntgenbilder (Urk. 9/78) wurde beim Beschwerdeführer bei Status nach Quetschverletzung des linken Beines vom 22. Juni 2017 auf Höhe des Kniegelenks eine beginnende Femoropatellargelenksarthrose bei schmalen Randosteophyten festgestellt. Es zeigten sich unauffällige femorotibiale Kompartimente. Die Patella sei an typischer Position posterolateral. Es zeige sich ein unauffälliges Drittel von Tibia und Fibula. Im mittleren Unterschenkeldrittel bestehe eine schmale kleinste gestielte

Exostose ausgehend von der Fibula nach postero-medial gerichtet. Angrenzend bestünden einzelne flauweichteilverkalkungen in kraniokaudaler

Ausrichtung. Als Differentialdiagnose wurden Sehnen-/Muskelverkalkungen sowie ein ossifiziertes Hämatom genannt. Im distalen Drittel der Tibia bestehe eine breitbasige nach proximal gerichtete Exostose

anterolateral, welche differentialdiagnostisch als posttraumatisch bedingte kartilaginäre

Exostose beurteilt werde. Auf gleicher Höhe zeige sich am posterioren Rand der Tibia eine scharf begrenzte Auftreibung der Tibia vereinbar mit posttraumatischen vollständig konsolidierten Veränderungen/ Periostreaktion. Zudem bestünden eine leichte Arthrose im oberen Sprunggelenk (OSG) zwischen medialem Malleolus und Talusrolle sowie einzelne Randosteophyten im Bereich der Talusrolle

posterior sowie eine kleine osteophytäre Ausziehung im Bereich des talonavikulären Ligamentes angrenzend an die Talusnase. 3.2

Suva-Kreisarzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 26. September 2018 über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 25. September 2018. Er nannte folgende Diagnosen (S. 3): - Quetschverletzung im Bereich des distalen Unterschenkels linksseitig mit Verletzung der Tibialis anterior-Sehne - 22. Juni 2017 operative Versorgung mit Débridement im Bereich des linken Unterschenkels, Rekonstruktion der Tibialis anterior-Sehne - unfallfremd: Exostosen im Bereich der Tibia und Fibula linker Unterschenkel

Er führte aus, objektiv zeige der Beschwerdeführer insgesamt reizlos abgeheilte Narbenverhältnisse im Bereich des linken Unterschenkels. Objektiv seien Einziehungen der Narbe bei Bewegung der Tibialis anterior-Sehne feststellbar. Subjektiv beklage der Beschwerdeführer ausstrahlende Beschwerden mit elektrisierenden Gefühlen bis in den linken Fuss. Der Beschwerdeführer zeige einen Status nach Quetschverletzung im Bereich des linken Unterschenkels. Die klinische Problematik bestehe in erster Linie in einer Einziehung der narbigen Verhältnisse der Haut, welche über der Tibialis anterior-Sehne liege. Der Kreisarzt werde sich zwecks Festlegung des weiteren medizinischen Prozederes an die behandelnde Ärztin (nachstehend E. 3.3) wenden. Nach erfolgter Vorstellung werde um erneute Vorlage des Falles zwecks Beurteilung eines medizinischen Endzustandes und Frage nach Zumutbarkeit und Integritätsentschädigung gebeten. Die derzeitige Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sehe eine ganztägige Tätigkeit, leicht bis mittelschwer, wechselbelastend vor, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Vibrationsbelastungen mit der linken unteren Extremität und keine absturzgefährdeten Positionen. Bezüglich der angestammten Tätigkeit im Bereich Flughafen mit

Gepäcktransport werde eine Wiedereingliederungsproblematik als wahrscheinlich angesehen. Die aktuell geltend gemachten Beschwerden am linken Unterschenkel seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 22. Juni 2017 zurückzuführen. Eine erlittene Verletzung der Tibialis anterior-Sehne im Bereich des linken Unterschenkels mit Quetschung der darüberliegenden Haut sei als strukturell objektivierbare Läsion infolge Ereignis vom 22. Juni 2017 zu werten. Unfallfremd fielen beim Beschwerdeführer im Röntgenbild diverse Exostosen im Bereich der Tibia und Fibula auf (S. 4). 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsspital C.\_\_\_\_, berichtete am 17. Oktober 2018 (Urk. 9/92) über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 8. Oktober 2018 und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Quetschverletzung Unterschenkel links vom 22. Juni 2017 mit - aktenanamnestisch vollständiger Durchtrennung der Tibialis anterior-Sehne, Weichteilverletzung sowie - retrospektiv radiologisch bezüglich Achse undislozierte, jedoch mit einzelnen Knochenfragmenten in Fehlstellung verheilte Tibiafraktur - aktuell Verdacht auf tendinopathische und neurogene Schmerzen distaler Unterschenkel und Fussriss links

Sie führte aus, der Beschwerdeführer berichte, dass es über Monate leichtere Besserungspotentiale gegeben habe, nun sei die Situation allerdings seit mehreren Monaten gleichgeblieben. Es bestünden elektrisierende Schmerzen im Fussriss bei Berührung des distalen Unterschenkels sowie lokale Druckschmerzen und teilweise auch eine Asensibilität im Narbenbereich (S. 1 f.). Beim Beschwerdeführer bestehe ein Status nach Quetschverletzung mit Versorgung in D.\_\_\_\_. Eine ossäre Läsion sei nicht dokumentiert worden, sei jedoch in den Röntgenbildern klar ersichtlich. Aktuell störe eine ausgedehnte Osteophytenbildung ventral, welche unter der Haut im vernarbten Bereich deutlich palpabel und sehr prominent sei. Darüber hinaus bestehe eine Naht nach Tibialis anterior-Sehnenverletzung. Die Tibialis anterior-Sehne sei funktionell aktuell intakt, jedoch sei die forcierte Aktivierung schmerzhaft und führe zu Verwerfungen der ausgedehnten Vernarbungen. Darüber hinaus bestünden neuropathische Schmerzen, vermutlich bei unfallbedingter Läsion des Nervus peroneus

superficialis. Zunächst würden weitere Abklärungen mittels eines MRI zur Beurteilung der Integrität der Tibialis anterior-Sehne sowie des Narbenpaketes inklusive Osteophyt ventrale Tibia durchgeführt, dann folge die Besprechung des weiteren Vorgehens (S. 2). 3.4

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 29. November 2018 (Urk. 9/122) über die operative Exostosenentfernung Tibia links. Es bestehe ein komplikationsloser peri- sowie postoperativer Verlauf. Die Mobilisation sei postoperativ ohne Probleme erfolgt. Der Austritt in die ambulante Nachbehandlung erfolge in gutem Allgemein zu stand und mit reizlosen Wundverhältnissen (S. 1). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen (S. 2).

3.5

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 14. Januar 2019 (Urk. 9/133) über die gleichentags durchgeführte postoperative Nachkontrolle des Beschwerdeführers und führte aus, dies er

berichte über eine Verbesserung der Beschwerden im Bereich der bekannten und abgetragenen Exostose an der Tibia links, jedoch bestünden immer noch die elektrisierenden Schmerzen im Bereich des Nervus peroneus

superficialis, vom distalen Unterschenkel bis in den distalen Fuss. Er nehme keine regelmässige analgetische Medikation. Die empfohlene neurologische Beurteilung sei für den 31. Januar 2019 vorgesehen (S. 1). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 17. Februar 2019 (S. 2). 3.6

Kreisarzt Dr. A. \_\_\_ nahm am 17. Januar 2019 Stellung (Urk. 9/135) und führte aus, es lägen nun neue Bilder des linken Unterschenkels vom 22. Juni 2017 und Röntgenbilder des linken Unterschenkels vom 25. Juli 2017 aus Frankreich vor. Aufgrund dieser Röntgendiagnostik sei es im Bereich der ventralen Tibia zu einer Infraktion gekommen. Genau an dieser Stelle der Infraktion habe sich offensichtlich ein Osteophyt gebildet. Insofern ändere sich die Beurteilung vom 25. September 2018. Der ventrale Tibia-Osteophyt im Sinne einer Exostose sei als unfallkausal zum Ereignis vom 22. Juni 2017 anzuerkennen. Insofern sei die operative Abtragung vom 29. November 2018 der Tibia-Exostose ventral ebenfalls als unfallkausal einzustufen. 3.7

Dr. med. Z. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, Spital E. \_\_\_, berichtete am 31. Januar 2019 (Urk. 9/143) über die ambulante Konsultation des Beschwerdeführers und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Zustand nach Quetschverletzung im Bereich des Unterschenkels linksseitig am 22. Juni 2017 und operative Versorgung 2017 in D. \_\_\_ bei Tibiafraktur, Zustand nach Osteophytenentfernung im Bereich der ventralen Tibia linksseitig am 29. November 2018 - seit der ersten Operation eingeschränkte Fuss- und Zehenhebung, Instabilität im Sprunggelenk und rezidivierende elektrisierende Schmerzen im Bereich des Ristes auf der linken Seite - elektrophysiologischer Untersuchungsbefund vom 31. Januar 2019 sei vereinbar mit einer proximalen oder kombinierten proximalen und distalen Schädigung des Nervus peroneus

superficialis auf der linken Seite und mit einer distalen Schädigung des Nervus profundus linksseitig

Er führte aus, es bestehe entweder eine partielle isolierte Schädigung des Nervus superficialis im Bereich des lateralen Kniegelenks oder (was wahrscheinlicher sei) eine kombinierte Schädigung des Nervus peroneus

superficialis proximal und distal im Bereich des Ristes auf der linken Seite. Die Schädigung des Nervus peroneus bedinge die Sensibilitätsstörung im Bereich des Ristes sowie die motorische Einschränkung des Musculus

peroneus

longus. Basierend auf dem elektromyographischen Untersuchungsbefund im Musculus peroneus

longus handle es sich um eine residuale nicht floride Schädigung. Die Sensibilitätsstörung im Bereich des proximalen lateralen Unterschenkels gehe auf eine partielle Schädigung des Nervus cutaneus

surae

lateralis, der aus dem Nervus peroneus

communis entspringe, zurück, die Sensibilitätsstörung im Bereich des lateralen distalen Unterschenkels auf eine Schädigung des Nervus peroneus

superficialis. Die deutliche Atrophie der Musculi

extensores

digitorum

brevis gehe auf eine distale Schädigung des Nervus peroneus

profundus zurück. Der ebenfalls vom Musculus

peroneus

profundus innervierte

Musculus

tibialis anterior zeige in der elektro myographischen Untersuchung keine neurogenen Veränderungen, so dass hier von einer isolierten distalen Schädigung des Nervus peroneus

profundus auszu gehen sei. Aus neurologischer Sicht werde zur Therapie der elektrisierenden Schmerzkomponente im Bereich des Ristes ein Therapieversuch mit Neurontin empfohlen.

3.8

Dr. B. \_\_\_ berichtete am 18. Februar 2019 ( Urk. 9/148) über die klinische Verlaufskontrolle des Beschwerdeführers und führte aus, die elektrisierenden Schmerzen am Fuss dorsal sowie die Sensibilitätsstörung am distalen Unterschenkel lateralseitig und die Kraftminderung der Eversion vom OSG seien unverändert. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zirka drei Monate nach Entfernung der Exostose an der Tibia links zeige sich lokal ein erfreulicher Verlauf. In der neurologischen elektromyographischen Untersuchung vom 31.

Januar 2019 sei allerdings eine Schädigung des Nervus peroneus

superficialis sowie Nervus peroneus

profundus im Rahmen des Unfalls

/ der Erstversorgung bestätigt worden, nicht floride, welche die Sensibilitätsstörung am lateralen Unterschenkel sowie am dorsalen Fuss und die motorische Einschränkung des Musculus

peroneus

longus erklärten sowie die Atrophie des Musculus

extensor

digitorum

brevis erkläre. Von chirurgischer Sicht sei keine operative Versorgung des Problems möglich, aus neurologischer Sicht sei eine Therapie mit Neurontin empfohlen worden, obwohl von Dr. Z. \_\_\_ noch nicht rezeptiert. Nachkontrollen seien nicht geplant. Der Beschwerdeführer werde noch bis zum 17. März 2019 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Der Hausarzt werde um Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Verlauf gebeten. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe darüber hinaus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, soweit auf eine passende Schuhversorgung Rücksicht genommen werden könne. 3.9

Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ beurteilte am 16. April 2019 den Integritätsschaden ( Urk . 9/161) und führte aus, es resultiere eine Fussheberparese Kraftgrad 3 von 5 linksseitig. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauern d und erheblich. Aufgrund der unfallbedingten Verletzungen mit Fussheberparese dürfe insgesamt der Wert von 5 % eingesetzt werden.  
3.10

Am 16. April 2019 berichtete Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ über die gleichentags durch geführte Untersuchung des Beschwerdeführers ( Urk. 9/162) und führte aus, objektiv bestünden reizlose Narbenverhältnisse und keine Schwellungsproblematik am distalen Unterschenkel links. Subjektiv würden vor allem Beschwerden bei längeren Gehstrecken angegeben. Der Beschwerdeführer zeige einen Status nach Quetschverletzung im Bereich des linken Unterschenkels. Kausal zum Ereignis vom 22. Juni 2017 seien eine narbige Verklebung im Bereich der Tibialis -anterior-Sehne links, ein Status nach Exostosenabtragung im Bereich der Tibia links und Schädigungen im Bereich des Nervus peroneus superficialis und Nervus peroneus

communis . Es resultiere nun eine mittelgradige Fussheber schwäche linksseitig aufgrund der Affektion des Nervus peroneus links (S. 5). Der Beschwerdeführer sei in den letzten Jahren ausführlich therapiert worden. Unter anderem habe er zwei operative Eingriffe gehabt. Der medizinische Endzustand sei nun als erreicht anzusehen. Eine Integritätsentschädigung bezüglich des linken Unterschenkels und des linken OSG sei geschuldet. Die Zumutbarkeits beurteilung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in der kreisärztlichen Untersuchung vom 25. September 2018 bleibe unverändert weiterhin bestehen. Aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen im Bereich des linken distalen Unterschenkels könne der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit im Bereich des Flughafens mit Gepäcktransport nicht mehr ausüben (S. 6). 3.11

Docteur

F.\_\_\_\_ , médecine

générale , führte am 19. September 2019 aus, wegen einer durch das Neurontin verursachten Müdigkeit sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig gewesen . Die Medikation werde nun allmählich verringert, so dass der Beschwerdeführer ab dem 31. Oktober 2019 wieder arbeits fähig sein sollte ( Urk. 9/192).

3.12

Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ nahm am 27. September 2019 Stellung ( Urk. 9/193/2) zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.11) und führte aus, es werde erwähnt, dass noch eine Behandlung mit Neurontin laufe und dieses Medikament zu Müdigkeit führen würde. Bereits in der kreisärztlichen Untersuchung vom 16.

April 2019 sei die Behandlung mit Neurontin bekannt gewesen. Eine Änderung der Beurteilung vom 16. April 2019 erfolge nicht. Der Beschwerdeführer selbst habe keine neuen medizinischen Aspekte erwähnt. 3.13

Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 13. November 2019 ( Urk. 9/202) über seine ärztliche Beurteilung

und führte aus, der Beschwerdeführer sei am 25. September 2018 und am 16. April 2019 kreisärztlich untersucht worden. Im Rahmen der Untersuchung von September 2018 habe die Zumutbarkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt festgelegt werden können. Im April

2019 sei diese Zumutbarkeit bestätigt worden. Anlässlich der Untersuchung vom 16. April 2019 habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er derzeit Neurontin einnehme. Gemäss Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ aus Frankreich vom September 2019 leide der Beschwerdeführer aufgrund seiner Behandlung mit Neurontin an einer gewissen Somnolenz. Grundsätzlich sei Dr. F.\_\_\_\_ gerade dabei, die Medikation bis zum 31. Oktober 2019 auszuschleichen. Der Beschwerdeführer habe am 16. April 2019 im Rahmen der Untersuchung ein flüssiges Gangbild mit regelrechter Abrollfunktion im Bereich beider Füsse gezeigt. Selbst ein Zehenspitzenstand sei links gelungen. Der Beschwerdeführer habe sich mit den Händen am Stuhl abstützen können. Im Rahmen der Untersuchung vom 16. April 2019 sei eine Fussheber schwäche Kraftgrad 3 von 5 links festgestellt worden, sonst keine weiteren motorischen Einschränkungen. Über massive Nebenwirkungen aufgrund der Einnahme von Neurontin sei am 16. April 2019 durch den Beschwerdeführer nicht berichtet worden (S. 1). Es könne keine Einschränkung aufgrund der Einnahme von Neurontin festgestellt werden bezüglich der Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Wie bereits am 25. September 2018 formuliert, sei eine ganztägige Tätigkeit, leicht bis mittelschwer, wechselbelastend auch mit der Einnahme von Neurontin zumutbar.

Dr. F.\_\_\_\_ gehe in seinem Schreiben nicht auf das Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes ein. Er spreche lediglich die Tatsache an, dass aufgrund einer Somnolenz gewisse Schwierigkeiten bestehen würden. Grundsätzlich bestehe für den Beschwerdeführer auch die Möglichkeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln den Arbeitsplatz zu erreichen. Bezüglich öffentlicher Verkehrsmittel bestünden keine Einschränkungen bei der Einnahme von Neurontin. Einschränkungen unter Einnahme von Neurontin würden lediglich beim selbständigen Führen von Maschinen und Führen von Fahrzeugen bestehen. Diese Voraussetzungen müssten jedoch nicht zwangsläufig erfüllt sein, um das formulierte Zumutbarkeitsprofil zu erfüllen. Auch aufgrund des Berichts von Dr. F.\_\_\_\_ ändere sich die Tatsache nicht, dass im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. April 2019 der medizinische Endzustand postuliert worden sei (S. 2). 4. 4.1

Durch die medizinischen Akten ausgewiesen und unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 22. Juni 2017 eine Quetschverletzung des linken Unterschenkels zuzog und in der Folge eine narbige Verklebung im Bereich der Tibialis -anterior- Sehne links, ein Status nach Exostosenabtragung im Bereich der Tibia links sowie Schädigungen im Bereich des Nervus peroneus

superficialis und Nervus peroneus

communis

als unfallkausal beurteilt wurden (vorstehend E. 3.10). Es resultierte eine mittelgradige Fussheberschwäche linksseitig aufgrund der Affektion des Nervus peroneus links. 4.2

In seiner Beurteilung vom 26. September 2018 (vorstehend E. 3.2) führte Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ in ausführlicher und nachvollziehbarer Weise aus, dass objektiv insgesamt reizlos abgeheilte Narbenverhältnisse im Bereich des linken Unterschenkels vorlägen und Einziehungen der Narbe bei Bewegung der Tibialis anterior- Sehne feststellbar seien. Subjektiv würden ausstrahlende Beschwerden mit elektrisierenden Gefühlen bis in den linken Fuss bestehen. Die klinische Problematik bestehe in erster Linie in der Einziehung der narbigen Verhältnisse der Haut, welche über der Tibialis anterior- Sehne liege. Er verwies den Beschwerdeführer an Dr. B.\_\_\_\_ zwecks Festlegung des weiteren medizinischen Prozederes. Diese veranlasste eine MRI-Untersuchung des

Beschwerdeführers und empfahl in der Folge einen operativen Eingriff zur Entfernung der störenden anterioren

Exostose an der Tibia, welcher am 29.

November 2018 durchgeführt wurde (vorstehend E. 3. 3-3.4 ). Anlässlich der postoperativen Nachkontrolle überwies Dr. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer aufgrund der geklagten elektrisierenden Beschwerden mit Ausstrahlung in den Fussrücken an den Neurologen Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5).

Die neurologische Untersuchung durch Dr. Z.\_\_\_\_ ergab eine Vereinbarkeit des elektrophysiologischen Untersuchungsbefundes mit einer proximalen oder kombinierten proximalen und distalen Schädigung des Nervus peroneus

superficialis auf der linken Seite und mit einer distalen Schädigung des Nervus profundus linksseitig . Dr. Z.\_\_\_\_ empfahl

aus neurologischer Sicht zur Therapie der elektrisierenden Schmerzkomponente im Bereich des Fussrückens einen Therapieversuch mit Neurontin

(vorstehend E.

3.7). In der Folge nahm Dr. B.\_\_\_\_ Stellung zum neurologischen Untersuchungsergebnis und führte aus, dass aus chirurgischer Sicht keine weitere operative Versorgung des Problems möglich sei und keine weiteren Nachkontrollen geplant seien. Der Beschwerdeführer werde noch bis zum 17. März 2019 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe darüber hinaus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit soweit auf eine passende Schuhversorgung Rücksicht genommen werde (vorstehend E.

3.8). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. April 2019 gab der Beschwerdeführer an, die Physiotherapie sei beendet worden und er müsse derzeit Neurontin einnehmen, was eine gewisse Müdigkeit verursache . Der Kreisarzt führte in seiner Beurteilung vom 16. April 2019 schliesslich aus, der Beschwerdeführer sei in den letzten Jahren ausführlich therapiert worden, unter anderem mit zwei operativen Eingriffen, der medizinische Endzustand sei nun erreicht (vorstehend E. 3.10).

4.3

Aus den vorliegenden Akten, insbesondere der schlüssigen und nachvollziehbar begründeten Beurteilung des Kreisarztes, geht somit hervor, dass spätestens im April 2019 weitere medizinische Behandlungen weder durchgeführt noch geplant waren. Der Beschwerdeführer nahm zu diesem Zeitpunkt lediglich noch Neurontin zur Behandlung der elektrisierenden Schmerzkomponente ein. Der Abschluss des Falles durch die Unfallversicherung setzt lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann, nicht jedoch, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vorstehend E. 1. 2). Folglich ist der medizinische Endzustand nicht erst dann gegeben, wenn jegliche ärztliche Behandlung abgeschlossen beziehungsweise nicht mehr notwendig ist. Schliesslich ist dem Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3.7) nicht zu entnehmen, dass von der Therapie mit Neurontin eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. So erachtete er dies ausdrücklich als Therapieversuch. Auch dem Bericht des Hausarztes Dr. F.\_\_\_\_

(vorstehend E.

3.11) ist nichts zu entnehmen, was die kreis ärztliche Beurteilung umzustossen vermöchte. So begründete dieser die Arbeits unfähigkeit des Beschwerdeführers mit einer durch das Neurontin verursachten Müdigkeit. Von einer gewissen Müdigkeit bedingt durch die Einnahme von Neurontin berichtete der Beschwerdeführer bereits anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom April 2019. Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ nahm diesbezüglich nochmals ausführlich Stellung (vorstehend E. 3.13) und führte aus, dass vom Beschwerde führer nicht über massive Nebenwirkungen aufgrund der Einnahme von Neu rontin berichtet worden sei. Er legte nachvollziehbar dar, weshalb die Einnahme von Neurontin der Ausübung einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit nicht entgegenstehe. Nach dem Gesagten steht fest, dass gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 30. Juni 2019 der Endzustand erreicht gewesen ist und die Ein nahme von Neurontin weder dem Endzustand noch der Ausübung einer Tätigkeit gemäss zumutbarem Profil entgegen steht . Daran vermögen die Einwände des Beschwerdeführers nichts zu ändern. 4.4

Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, auf die kreisärztlichen Beurteilungen könne nicht abgestellt werden, da die Untersuchung vom 16. April 2019 lediglich zehn Minuten gedauert habe, vermag dies nicht zu überzeugen. So geht aus den Ausführungen im Bericht vom 16. April 2019 (vorstehend E. 3.10) hervor, dass sämtliche Aspekte der Untersuchung transparent und offen mit dem Beschwerde führer besprochen worden seien ( Urk. 9/162 S.

6). Dass die Untersuchung ledig lich zehn Minuten gedauert haben soll, erscheint nicht glaubwürdig. Zudem kommt es gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern ist vielmehr massgeblich, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2). Der Kreisarzt hat in seiner Beurteilung vom 16. April 2019 anhand der umfassenden Vorakten die Vorgeschichte des Beschwerdeführers seit dem Unfall vom 22. Juni 2017 zu sammengefasst, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, einen umfassenden Untersuchungsbefund aufgenommen, die Diagnosen erhoben und eine schlüssige Beurteilung abgegeben, in welcher er darlegt, welche Befunde auf den Unfall zurückzuführen sind, welche Einschränkungen daraus resultieren und dass der Endzustand erreicht ist. Zudem gab er ein Zumutbarkeitsprofil ab und äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit. Soweit der Beschwerdeführer beschwerdeweise vorbringt, er kenne die Beurteilung durch

Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. November 2019 nicht , bleibt anzufügen, dass Dr. A.\_\_\_\_ in dieser Beurteilung in erster Linie Stellung zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ nahm und seine bisherige Einschätzung bestätigte. Im Bericht vom November 2019 werden keine neuen medizinischen Aspekte ange fügt. Die Einwände des Beschwerdeführers vermögen keine Zweifel an den fach lichen medizinischen Beurteilungen zu begründen. Auf die nachvollziehbaren und widerspruchsfreien Beurteilungen des Kreisarztes Dr. A.\_\_\_\_ kann demnach vollumfänglich abgestellt werden . Sie erfüllen die von der Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen (vorstehend E. 1.3).

4.5

Gegen die Berechnung des Invaliditätsgrades wurden vom Beschwerdeführer keine konkreten Einwände vorgebracht. Die Ermittlung des Validen- und Invaliden einkommens

gibt aufgrund der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass und es kann darauf abgestellt werden (Urk. 9/176-177). Der Einkommensvergleich ergab keine Erwerbseinbusse, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente zu Recht verneinte.

Sollte der Beschwerdeführer beschwerdeweise die Beurteilung des Integritäts schadens in Frage gestellt haben, bleibt vollständigkeitshalber anzumerken, dass der Kreisarzt Dr. A. \_\_\_ zum Integritätsschaden ausführlich und schlüssig Stellung nahm (vorstehend E. 3.9). Er erläuterte den Befund in ausführlicher Weise und führte aus, dass eine Fussheberschwäche Kraftgrad 3 von 5 resultiere, welche unfallbedingt, dauernd und erheblich sei. Gestützt darauf bezifferte Dr. A. \_\_\_ die Integritätseinbusse anhand der massgeblichen Tabelle auf 5 % und legte seine Beurteilung nachvollziehbar dar. Zudem liegen keine anderslautenden medizinischen Beurteilungen vor. Die Einschätzung des Kreisarztes unter Berücksichtigung der Tabelle sowie der Untersuchungsbefunde erscheint plausibel und gibt ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass.

Somit erweist sich der angefochtene Entscheid insgesamt als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. \_\_\_ - 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  
Mosimann  
Schüpbach

## **E. 5**

% zu begrenzen (S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2020 (Urk.

## **E. 8**

) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 22. April 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk.

## **E. 10**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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