

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00050 vom 7. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00050](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00050)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00050 du 7 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00050 del 7 giugno 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1972, war seit dem 1. Februar 2007 vollzeitlich bei der Y.\_\_\_\_ AG als Paketbote angestellt und als solcher bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 15. April 2016 rutschte er, als er aus dem Zustellfahrzeug aussteigen wollte, auf dem nassen Trittbrett ab und verdrehte sich das rechte Fussgelenk ( Urk. 8/1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen ( Urk. 8/2-4) , holte diverse Berichte der behandelnden Ärzte ein

und legte die se

ihre m Kreisarzt ,

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung vor ( Urk. 8/34 , Urk. 8/57 ). Am 12. Juni 2017 sowie am 23. November 2018 erfolgten kreis ärztliche Untersuchungen des Versicherten durch Dr. Z.\_\_\_\_ ( Urk. 8/88 f . , Urk. 8/200 ). Nachdem die Suva dem Versicherten am

### 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. April 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### E. 1.2

Gemäss Art.

### E. 1.3

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 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 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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).

#### **E. 1.4**

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

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 fest gesetzt (Abs. 3).

#### **E. 1.5**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c) . 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, gemäss dem kreisärztlichen Abschlussuntersuchungsbericht bestehe eine belastungsabhängig symptomatische, posttraumatische Arthrose des rechten oberen Sprunggelenks (OSG). Unfallbedingt resultiere eine verminderte Belastbarkeit des rechten OSG, weshalb eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei . Ü

berwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum häufigen Positionswechsel und nur kurzstreckig gehende Tätigkeiten ohne Treppensteigen oder Begehen von unebenem Gelände und mit lediglich leichter körperlicher Belastung seien jedoch ohne zeitliche Einschränkung möglich. Von dieser Beurteilung sei auszugehen. Ein CRPS ( complex regional pain

syndrome ) beziehungsweise ein Restsudeck, deren Vorliegen in der Einsprache vom Beschwerdeführer geltend gemacht würden, liess es sich gemäss der kreisärztlichen Beurteilung sowie der Einschätzung der nach der Einspracheerhebung beigezogenen Dr. A. \_\_\_ gestützt auf die Budapest-Kriterien nicht bestätigen. Für die in den Akten festgehaltenen psychischen Probleme sei eine Leistungspflicht sodann nicht gegeben ( Urk. 2 S. 4 f.). Gestützt auf die Lohnstruktur der Bundesämter für Statistik sowie unter Vornahme eines leidensbedingten Abzuges von 10 % sei das Invalideneinkommen auf Fr. 60'969.-- festzusetzen. Stelle man dieses dem unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 71'697.-- gegenüber, resultiere eine Erwerbseinkunftsabnahme von 15 % , weshalb sich die in dieser Höhe zugesprochene Invalidenrente nicht bemängeln lasse ( Urk. 2 S. 6). Im Bericht vom 13. Juni 2017 habe der Kreisarzt den unfallbedingten Integritätsschaden gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht, die intraoperativen Befunde und in Anwendung der Suva Tabelle 5, nach der mässiggradige OSG-Arthrosen mit 5-15 % bewertet würden, auf 5 % geschätzt. Von dieser Beurteilung sei auszugehen ( Urk. 2 S. 7). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, dass nicht ausgewiesen sei, dass er in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei ( Urk. 1 S. 5). Er leide unbestrittenermassen unter chronischen Schmerzen im Bereich des rechten Fusses und Unterschenkels und sei auf den Einsatz von zwei Gehstöcken und Schmerzmedikamente angewiesen. Hinsichtlich der Schmerzursache seien die involvierten Ärzte unterschiedlicher Meinung. Da unbestritten sei, dass die Schmerzen Folgen des versicherten Unfallereignisses seien, sei dies jedoch letztlich nicht von Bedeutung. Auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil könne nicht abgestellt werden, da dieses mit keinem Wort begründet werde und so nicht nachvollziehbar sei ( Urk. 1 S. 7). Er sei aufgrund der chronischen Schmerzen, den dadurch verursachten Schlafstörungen und den Nebenwirkungen der Medikamente - die eben falls zu berücksichtigen seien - auch in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit maximal zu 40 % arbeitsfähig ( Urk. 1 S. 8). Ausgehend von den übrigen Annahmen und Berechnungen der Beschwerdegegnerin resultiere daraus ein Invaliditätsgrad von 66 % , wobei unter den gegebenen Verhältnissen ein Leidensabzug von 10 % zu tief sei. Zum einen seien die Einsatzmöglichkeiten auf dem ihm offenen Arbeitsmarkt aufgrund der Unfallfolgen erheblich eingeschränkt, zum anderen würden Männer mit Beschäftigungsgrad von 25-49 % aufgerechnet auf ein Vollzeitpensum durchschnittlich ein um 18.34 % tieferes Einkommen als Vollzeitbeschäftigte erzielen. Deshalb sei der Tabellenlohn um einen Leidensabzug von 25 % zu kürzen, so dass ein Invaliditätsgrad von 72 % resultiere ( Urk. 1 S. 10). Die schwere, offensichtlich dauerhafte Beeinträchtigung am rechten Fuss sei sodann entgegen dem Kreisarzt nicht mit einer mässiggradigen OSG-Arthrose, sondern mit einer schweren Arthrose im Sinne von Suva-Tabelle 5 gleichzusetzen. Entsprechend sei der Integritätsschaden auf zwischen 15 % und 30 % zu bemessen und aufgrund des unbestrittenen Ausmasses der Schmerzen und der Bewegungseinschränkung auf 30 % festzulegen ( Urk. 1 S. 10 f. ). Ausgangsgemäss habe die Beschwerdegegnerin ihm sodann neben den Anwaltskosten die Kosten für den Bericht von PD Dr. med. B. \_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie

Rheumatologie, vom 27. Februar 2020 zu ersetzen, da dieser für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich gewesen sei ( Urk. 1 S. 11 ). 2.3

Die Beschwerdegegnerin ergänzte in der Beschwerdeantwort, die behandelnden Orthopäden und Rheumatologen sowie die von ihr beigezogene Neurochirurgin würden die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung bestätigen. Auf die Beurteilung von PD

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

könne hingegen entgegen dem Beschwerdeführer nicht abgestellt werden, da nicht nachvollziehbar sei, weshalb diese r zunächst keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abnehmen können und es ihm nun plötzlich doch möglich sei. Ferner setze er sich auch nicht mit den anderslautenden Einschätzungen auseinander und berücksichtige nicht nur die Unfallfolgen. Was die Nebenwirkungen des Medikamentes betreffe, werde durch Dr. C.\_\_\_\_ keine zusätzliche Einschränkung attestiert und dieses könne, da es sich nicht um ein typisches Arthrosemedikament handle, ohne Weiteres durch ein anderes Medikament ersetzt werden. Die Einschätzung von PD

Dr. B.\_\_\_\_ vermöge daher die kreisärztliche Beurteilung nicht zu entkräften. Eine Kostenübernahme für dessen Bericht erübrige sich ( Urk.

### **E. 3**

1. Mai 2019 die Ein stellung der Taggelder per 31. Juli 2019 mit geteilt hatte ( Urk. 8/230), sprach sie ihm

mit Verfügung vom 26. Juni 2019 eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 15 % und eine Integritätsentschädigung von Fr. 7'410.-- auf der Grundlage einer Integritätseinbusse von 5 %

zu ( Urk. 8/236) . Die dagegen vom Versicherten am 26. August 2019 erhobene Einsprache ( Urk. 8/244) wies die Suva nach Einholung einer Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med.

A.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurochirurgie ( Urk. 8/259) , mit

Einspracheentscheid vom 6. Februar 2020 ab ( Urk. 8/260 = Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. André Largier , am 6. März 2020 Beschwerde mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei in Abänderung des angefochtenen Einspracheentscheides zu verpflichten, ihm eine angemessene, jedenfalls höhere Invalidenrente sowie eine angemessene, jedenfalls höhere Integritätsentschädigung zuzusprechen ( Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2020 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 7), wovon dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. Mai 2020 Kenntnis erteilt wurde ( Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer stellte sich nach dem Vorfall vom 15. April 2016 zunächst am 18. April 2016 bei Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin, vor, der eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenkes diagnostizierte und eine Ruhigstellung sowie eine Behandlung mit Schmerzmitteln anordnete .

Er attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 15. April 2016 bis auf Weiteres ( Urk. 8/14).

### **E. 3.2**

Bei Persistenz der Beschwerden wurde am 12. Mai 2016 eine MRI-Untersuchung des rechten oberen Sprunggelenks

durchgeführt ( Urk. 8/15) . Gestützt darauf stellen die behandelnden Orthopäden an der Universitätsklinik

E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. Juni 2016 die Diagnose eines OSG-Distorsionsstraumas rechts am 15. April 2016 mit osteochondralem Defekt an der lateralen Talusschulter und einer Partialruptur des Ligamentum deltoideum ( Urk. 8/11/1).

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 6. Juli 2016 hielten sie sodann zusätzlich eine Ruptur der Ligamenta fibulotalare

anterius und fibulocalcaneare und eine Zerrung der hinteren Syndesmose fest ( Urk. 8/19/1). Eine chirurgische Sanierung hielten sie im aktuellen Zeitpunkt für nicht zielführend ( Urk. 8/19/2).

### **E. 3.3**

Am 25. Oktober 2016 begab sich der Beschwerdeführer zur Einholung einer Zweitmeinung ins Muskulo-Skelett Zentrum der F.\_\_\_\_ Klinik. Dr. med. G.\_\_\_\_, leitender Arzt Fusschirurgie, hielt bei persistierenden lateralen OSG-Beschwerden einen Verdacht auf ein Sinus tarsi Syndrom fest und empfahl initial die Durchführung einer Kortikoidinfiltration ( Urk. 8/47/3). Nachdem der Beschwerdeführer davon nicht profitieren konnte, empfahl Dr. G.\_\_\_\_ am 28. November 2016 eine operative Versorgung mittels einer Arthroskopie des betreffenden oberen Sprunggelenkes und gleichzeitiger Mikrofrakturierung über der lateralen Talusschulter ( Urk. 8/53/2). Diese Operation wurde am 19. Januar 2017 durchgeführt und verlief komplikationslos ( Urk. 8/63/1 f. ). Am 3. März 2017 hielt Dr. G.\_\_\_\_ eine graduelle Rückbildung der Schwellung sowie der Schmerzen nach der Operation fest ( Urk. 8/68/1). Am 24. März und 25. April 2017 stellte Dr. G.\_\_\_\_ eine weiterhin bestehende relativ hohe Schmerzempfindung bei klinisch insgesamt reizlosem Aspekt

und einen sehr protrahierten Verlauf fest ( Urk. 8/69/1 , Urk. 8/83/1 ).

### **E. 3.4**

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. Juni 2016 stellte Dr. Z.\_\_\_\_ die Diagnose eines Fussdistorsionsstraumas rechts am 15. April 2016 mit einer medialen und lateralen Seitenbandläsion sowie einer osteochondralen Läsion der lateralen Talusschulter des rechten OSG bei Status nach Arthroskopie OSG rechts, Defektdébridement und Mikrofrakturierung der lateralen Talusschulter am 19. Januar 2017 und aktuell belastungsabhängig symptomatischer, posttraumatischer OSG-Arthrose mit schmerzhaft eingesteifter OSG- und USG-Beweglichkeit ( Urk. 8/88/2). Er kam zum Schluss, dass es durch den Unfall und die Operation zu einer ausgeprägten Narbenbildung anterolateral gekommen sei, und empfahl eine fixe Kombinations- Analgetikatherapie, worunter der Beschwerdeführer versuchen sollte, weitere Strecken zu laufen, um die Beweglichkeit zu verbessern. Diesbezüglich sei eine deutliche Verbesserung zu erwarten. Im Hinblick auf die Belastbarkeit sei angesichts der posttraumatischen OSG-Präarthrose hingegen keine Verbesserung mehr zu erwarten. Dem Beschwerdeführer seien Arbeiten mit einer dauerhaften Trage- und Hebebelastung von mehr als 15 kg (darüber nur im Stehen in

Ausnahmen) , mit dauerhaftem Treppensteigen oder Begehen von un ebenem Gelände nicht mehr zumutbar. Vorteilhaft wären wechselbelastende Tätigkeiten, auch ganztags ( Urk. 8/88/3). Den Integritätsschaden schätze Dr. Z.\_\_\_\_ abstützend auf den Untersuchungsbericht und den intraoperativen Befund gemäss dem Operationsbericht vom 19. Januar 2017 und in Anwendung der Suva Tabelle 5, nach der mässiggradige OSG-Arthrosen mit 5-15 % bewertet würden, auf 5 % ein ( Urk. 8/89/1).

### **E. 3.5**

In seinem Bericht vom 20. Juni 2017 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_ , Leitender Arzt Rheumatologie an der F.\_\_\_\_ Klinik , von anhaltenden Schmerzen sowie einer Bewegungseinschränkung im rechten Sprunggelenksbereich ( Urk. 8/109/1). Er kam zum Schluss , die Budapester Kriterien für ein CRPS1 seien nicht erfüllt, ins besondere bestehe keine ausgeprägte Hyperalgesie oder Allodynie . Allerdings würden eine diskrete livide Verfärbung des rechten Fusses sowie ein leichter Temperaturunterschied auf fallen , so dass wahrscheinlich Teilaspekte eines CRPS1 vorhanden seien ( Urk. 8/109/2).

Gestützt auf eine MRI-Untersuchung vom 4. Juli 2017 stellte Dr. H.\_\_\_\_ am 11. Juli 2017 einen recht erfreulichen Befund fest :

Das Knochenmarksödem im Bereich des Talus sei vollständig regredient und auch der Gelenkserguss sei regredient . Es zeigt es sich aber eine deutliche chondrale Degeneration bis Grad IV im Bereich der lateralen Talusrolle sowie narbige Veränderungen im ventralen Anteil des Ligamentum deltoideum . Diese würden zumindest einen Teil der belastungsabhängigen Schmerzen erklären. Ob allerdings das gesamte Ausmass der beschriebenen Schmerzen mit teilweise auch starker Schwellung dadurch erklärbar sei, scheine ihm etwas fragwürdig ( Urk. 8/116/1 f.).

### **E. 3.6**

Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 19. September 2017 fest, die Situation habe sich seit der letzten Konsultation am 25. April 2017 nicht grundlegend verändert. Nach wie vor beklage der Beschwerdeführer belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Rückfusses mit eingeschränkter Beweglichkeit des Rückfusses sowie zeitweise Nacht- und Ruheschmerzen. Die Behandlungsoptionen aus fusschirurgischer Sicht schienen aktuell ausgeschöpft zu sein ( Urk. 8/128/1 f.).

### **E. 3.7**

Am 23. Oktober 2017 erfolgte eine Erstkonsultation zur chronischen Schmerztherapie am Schmerzambulatorium des Universitätsspitals I.\_\_\_\_ . Dr. med. J.\_\_\_\_ , Oberarzt , hielt dabei eine multifaktorielle Schmerzproblematik und bereits längere Gelenksimmobilität bei vermutlich ausgeprägten muskuloskeletalen Veränderungen mit Insuffizienzen und Fehlbelastungen fest. Zusätzlich seien degenerative Veränderungen nicht auszuschliessen. Die Budapester-Kriterien für ein CRPS seien nicht vollumfänglich erfüllt, die Beschwerden indes dennoch glaubhaft. Eine Schmerz-Überlagerung durch Irritationen lokaler nervaler Strukturen sei möglich ( Urk. 8/142/2).

Die in der Folge durchgeführte Ketaminanästhesie hatte keine Schmerzreduktion zur Folge ( Urk. 8/143/2), der diagnostische/therapeutische Periphere Nervenblock (PNB) des Nervus poplitealis rechts führte zu einer postinterventionellen Schmerzreduktion von mehr als 80 % , jedoch nur für kurze Zeit ( Urk. 8/144/2, Urk. 8/155/2) .

### **E. 3.8**

Am 30. Januar 2018 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. univ. K.\_\_\_\_, Oberarzt Neurologie an der F.\_\_\_\_ Klinik, untersucht (Urk. 8/160). Dieser kam zum Schluss, ausweislich der Anamnese und der klinischen Untersuchung bestünden keine Anhaltspunkte für ein neuropathisches Schmerzgeschehen. Die Fusschmerzen würden überwiegend mechanisch berichtet. Bei vordiagnostizierten Teilaspekten für ein CRPS Typ I seien elektroneurographisch keine Hinweise für eine substanzielle Nervenschädigung der Beinnerven ersichtlich. Unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Therapien könnten dem Beschwerdeführer leider keine spezifischen Behandlungsoptionen auf dem neurologischen Fachgebiet angeboten werden (Urk. 8/160/2).

### **E. 3.9**

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

diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. Mai 2018 ein CRPS am rechten Fuss und hielt fest, dass seiner Meinung nach eine Integration in einen sitzenden Beruf sinnvoll erscheine (Urk. 8/177/1).

Am 26. Oktober 2018 ergänzte PD

Dr. B.\_\_\_\_, über die letzten Monate habe sich ein konstantes Krankheitsbild gezeigt. Das Schmerzbild bestehe als Rest einer Sudeck-Entwicklung. Als einzige Therapiemöglichkeit sehe er noch die Besprechung mit den Neurochirurgen betreffend einer Hinterstrangstimulation. In seinem bisherigen Beruf bleibe der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. In welchem Ausmass er eine sitzende Tätigkeit ausüben könne, müsse abgeklärt werden (Urk. 8/195/1).

### **E. 3.10**

Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 23. November 2018 stellte Dr. Z.\_\_\_\_ die bereits bekannten Diagnosen und hielt fest, anhand der Budapester Kriterien habe weder anamnestic noch aktuell ein CRPS vorgelegen. Die geschilderten Beschwerden seien typisch für den traumabedingten Knorpel Schaden im Bereich der lateralen Talusschulter, die beim Gehen und Stehen natürlicherweise belastet werde. In medizinischer Hinsicht lasse sich fussorthopädisch nur noch eine obere Sprunggelenkarthrodese zur Schmerzreduktion anbieten. Zum aktuellen Zeitpunkt sei daher die medizinische Behandlung vorläufig abgeschlossen und es sei auch weiter hin keine Physiotherapie indiziert. Unfallkausal resultiere eine verminderte Belastbarkeit des rechten oberen Sprunggelenks, weshalb eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Es seien lediglich noch überwiegend sitzende Tätigkeiten (mehr als 80% des Tages aber ganztags) zumutbar mit der Möglichkeit zum häufigen Positionswechsel und nur kurzstreckig gehende Tätigkeiten ohne Treppensteigen oder Begehen von unebenem Gelände und mit lediglich leichter körperlicher Belastung (nicht mehr als 5 kg tragen). Ansonsten bestehe keine zeitliche Einschränkung (Urk. 8/200/3 f.).

### **E. 3.11**

Dr. med. univ. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, äusserte in seinem Bericht vom 17. Februar 2019 die Ansicht, der postoperative Morbus Sudeck sei das Hauptproblem, dieser sollte entsprechend neurologisch behandelt werden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100%

arbeitsunfähig bis zur nächsten Kontrolle ( Urk. 8/214/2).

### **E. 3.12**

Am 26. Februar 2019 wurde ein weiteres MRI des rechten OSG angefertigt (vgl. Urk. 8/221). Dieses ergab gemäss Dr. med. M.\_\_\_\_ und Dr. med. univ. N.\_\_\_\_, Oberarzt und Assistenzarzt Orthopädie an der Universitätsklinik

E.\_\_\_\_, eine stationäre Läsion im Bereich der lateralen Talusschulter ohne weiteren pathologischen Befund. In einer aktuellen neurophysiologischen Untersuchung (vgl. Urk. 8/220) hätten zudem keine Nervenschädigungen oder Neuro pathie festgestellt werden können. Aktuell gingen sie am ehesten von Schmerzen aufgrund der osteochondralen Läsion der Talusschulter sowie einer Impingement Symptomatik bei Vernarbung am ventralen OSG aus (Urk. 8/217/2).

In seinem Bericht vom 13. Mai 2019 stellte Dr. M.\_\_\_\_

die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms des rechten Fusses und kam zum Schluss, die Beschwerden seien am ehesten als Rest der Sudeckentwicklung respektive als chronische Schmerzen anzusehen (Urk. 8/224/1).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte Dr. M.\_\_\_\_ am 28. Juni 2019 aus, von rein mechanisch orthopädischer Seite sei eine Arbeitsfähigkeit in überwiegend sitzender Tätigkeit mit den von Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. November 2018 erwähnten Einschränkungen möglich. Ob dies im Umfang von 100 % möglich sei, könne im Rahmen der erfolgten Sprechstundenkontrollen nicht beurteilt werden. Zusätzlich liege beim Beschwerdeführer noch eine chronische Schmerzproblematik vor, welche aus orthopädischer Sicht nicht erklärt sei und welche die Arbeitsfähigkeit möglicherweise zusätzlich beeinträchtige (Urk. 8/245/8).

### **E. 3.13**

PD Dr. med. C.\_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie an der Universitätsklinik

E.\_\_\_\_, stellte am 17. Dezember 2019 die Verdachtsdiagnose eines gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms am Fuss rechts. Aktenanamnestisch sei ein CRPS beschrieben worden, anlässlich der aktuellen Konsultation hätten sich indes keine Hinweise auf ein florides CRPS gezeigt. Der Beschwerdeführer sei zurzeit vor allem durch die persistierenden Schmerzen und die verminderte Belastbarkeit des betroffenen Fusses eingeschränkt. Das vom Kreisarzt festgelegte Belastungsprofil erachte er als korrekt (Urk. 8/256/3).

### **E. 3.14**

Die von der Beschwerdegegnerin beigezogene Prof. Dr. A.\_\_\_\_ kam in ihrer Aktenbeurteilung vom 7. Januar 2020 zum Schluss, die vorliegenden Unterlagen seien nicht geeignet, die medizinischen Beurteilungen von Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_ zu verändern. Von einer weiteren Behandlung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden, die Situation sei stabil. Auch die Einschätzung des Integritätschadens vom 13. Juni 2017 bleibe bestehen, es gebe keine Nervenschädigung, welche das Ausmass des Integritätsschadens aus orthopädischer Sicht verändern würde (Urk. 8/259/7).

### **E. 3.15**

Im der Beschwerde beigelegten Bericht von PD

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

vom 27. Februar 2020 hielt dieser fest, der Beschwerdeführer leide weiterhin an einer Hyperalgesie im rechten Unterschenkel und Fuss. Wegen der Schmerzsymptomatik benötige er pro Tag drei- bis viermal Zaldiar. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, sei zu berücksichtigen, dass ein chronisches Schmerzsyndrom vorliege und deswegen auch der Schlaf gestört sei. Zusätzlich beeinträchtige die Schmerzmedikation den Allgemeinzustand des Beschwerdeführers. Es sei nicht abzusehen, wann und ob er ohne diese Schmerzmedikation leben könne. Sekundär zu diesen Symptomen leide der Beschwerdeführer wegen der Fehlbelastung der Beine unter einem

Lumbovertebralsyndrom. Er sehe nicht, wie er jeden Tag eine 100%ige Leistung erbringen könnte. Eine partielle Reintegration in das Berufsleben mit einer Arbeitsfähigkeit von 40 % sei vorstellbar (Urk. 3/3 S. 1). 4. 4.1

Vorab ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass die Einstellung der Tagelohnleistungen per 31. Juli 2019 (vgl. Urk. 8/230) weder bestritten noch zu beanstanden ist, da einerseits Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Untersuchungsbericht vom 23. November 2018 davon ausging, dass die medizinische Behandlung zumindest vorläufig abgeschlossen sei, und auch gemäss den Berichten der behandelnden Ärzte keine weiteren Behandlungsoptionen mehr angeboten werden konnten (vgl. Urk. 8/128/2,

Urk. 8/160/2) beziehungsweise mit den durchgeführten Therapien kein dauerhafter positiver Effekt erzielt werden konnte (vgl. Urk. 8/143/2, 8/155/2, Urk. 8/224/1). Andererseits hatte die Invalidenversicherung die zunächst durchgeführten beruflichen Massnahmen am 15. August 2018 abgebrochen (Urk. 8/188) und sah in der Folge keine weiteren Eingliederungsmassnahmen mehr vor (vgl. Urk. 8/213). 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 23. November 2018. Basierend auf einer umfassenden Untersuchung (Urk. 8/200/2) und unter Einbezug der für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit relevanten medizinischen Akten (Urk. 8/200/1 f.) kam Dr. Z.\_\_\_\_ darin zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aktuell noch unter einer belastungsabhängig symptomatischen Arthrose des rechten oberen Sprunggelenks mit schmerzhaft eingesteifter Beweglichkeit des oberen und unteren Sprunggelenks leidet (Urk. 8/200/3). Gestützt auf diesen Befund erachtete Dr. Z.\_\_\_\_, die bisherige Tätigkeit als Paketbote als nicht leidensangepasst. Eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu häufigen Positionswechseln und nur kurzstreckig gehenden Tätigkeiten ohne Treppensteigen oder Begehen von unebenem Gelände und mit lediglich leichter körperlicher Belastung hielt er indes ohne zeitliche Einschränkung für zumutbar (Urk. 8/200/3 f.). Entgegen dem Beschwerdeführer erfolgte diese Beurteilung nicht unbegründet, sondern gestützt auf die festgestellte unfallkausale verminderte Belastbarkeit des rechten oberen Sprunggelenks (Urk. 8/200/3). Angesichts der Tatsache, dass im genannten Zumutbarkeitsprofil jegliche das betroffene Gelenk übermässig belastende Tätigkeiten ausgeschlossen werden, ist es schlüssig und einleuchtend, dass der Beschwerdeführer derart angepasste Tätigkeiten ohne zeitliche Einschränkung ausüben kann. Dies entspricht im Übrigen auch der Beurteilung des behandelnden Dr. C.\_\_\_\_ und der von der Beschwerde gegnerin beigezogenen Prof. Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 8/256/3, Urk. 8/259/7).

#### 4.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, gemäss dem Bericht von PD

Dr. B.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2020 sei er aufgrund seiner chronischen Schmerzen, der dadurch verursachten Schlafstörungen sowie der Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente maximal zu 40 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 8).

Im Hinblick auf den Beweiswert der Beurteilung von PD Dr. B.\_\_\_\_ ist zunächst allgemein auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem ist

- wie die Beschwerdegegnerin richtig darlegte (Urk.

#### **E. 6**

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **E. 7**

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Februar 2020 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 8**

Die Kosten privat eingeholter Gutachten oder Berichte sind dann zu vergüten, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c). Dies gilt unter Umständen auch dann, wenn die versicherte Person in der Sache unterliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1005/2012 vom 4. Februar 2013 E. 5 mit Hinweisen). Die vom Beschwerdeführer eingereichte Stellungnahme des PD Dr. B.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2020 war weder notwendig noch für die Entscheidungsfindung unerlässlich, weshalb die Voraussetzungen einer Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin nicht erfüllt sind. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - 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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Engesser

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