

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00114 vom 26. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00114

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00114 du 26 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00114 del 26 marzo 2021

Erwägungen

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 Rentenanspruch und der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wurden mit Verfügung vom 5. März 2010 für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 30. April 2004 zugesprochen, weshalb die revisionsweise Erhöhung der Invalidenrente nach den bis 31. Dezember 2016 gültigen Normen zu beurteilen ist.

E. 1.2

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 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ,

ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare 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. 1.3

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), die geeignet ist, den

Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbsbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterchiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.3.1 und E. 5.4).

E. 1.4

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). 1.

E. 4

) wurde am 10. Februar 2006

in der Universitätsklinik Z.____ eine Arthrodesse des linken OSG durchgeführt (Urk. 9/15-16).

Am 20. Oktober 2006 erfolgte eine Re- Arthrodesse OSG links mit trikortikaler Beckenkammspan-Interposition

(Urk. 9/24, Urk. 9/27) und am 8. Februar 2008 wurde in der Universitätsklinik Z.____ eine Osteosynthesematerialentfernung

sowie eine Re- Arthrodesse

subtalar links durchgeführt (Urk. 9/73). Dr. med. A.____ nahm am 29. Juni 2009 eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung des Versicherten vor (Urk. 9/122). Gleichentags erstattete Kreisarzt Dr.

med. B.____, Facharzt FMH für Chirurgie, eine Beurteilung des Integritätschadens (Urk. 9/123). Mit Verfügung vom 5. März 2010 sprach die Suva dem Versicherten ab dem 1. März 2010 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 52 % sowie eine

Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritäts einbusse von 30 % zu (Urk. 9/142).

E. 4.1

Im Bericht der Orthopädie der Universitätsklinik Z.____ vom 17. April 2015 wurde ein hochgradiger Verdacht auf eine Pseudarthrose

subtalar mit nun konsekutiver Fehlstellung festgehalten. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine neurologische Ursache dieser diffusen Schmerzen. Der Beschwerdeführer werde dem Neurologen im Hause vorgestellt, mit der Bitte um Mitbeurteilung, respektive elektrophysiologische Abklärung (Urk. 9/192). Nach durchgeführter CT-Untersuchung sowie Verlaufskontrolle hielten die Ärzte der Orthopädie der Universitätsklinik Z.____ in ihrem Bericht vom 16. Juni 2015 fest, bezüglich der rechten Seite bestehe am ehesten eine beginnende OSG- Arthropathie . Bezüglich des linken Fussgelenkes bestehe eine Pseudarthrose des unteren Sprunggelenkes, was zumindest für einen Grossteil der Beschwerden verantwortlich sein dürfte. Operative Massnahmen seien beim Beschwerdeführer aktuell wenig erfolgversprechend und würden in keinem Verhältnis zum Risiko eines derartigen Eingriffes stehen. Es werde deshalb dringend empfohlen, die konservative Therapie aufrecht zu erhalten, um eine Exazerbation der Beschwerden zu verhindern. Die konservative Therapie bestehe einerseits in der korrekten Schuhversorgung, andererseits in der regelmässigen physiotherapeutischen Beübung der unteren Extremität. Der Beschwerdeführer sei für stehende und gehende Tätigkeiten mit Sicherheit kaum mehr arbeitsfähig. Aufgrund der Rückenbeschwerden dürfe auch eine sitzende Tätigkeit höchstens kurzzeitig in Frage kommen (Urk. 9/198).

E. 4.2

Nach einer neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung

hielten die Ärzte des Zentrums für Paraplegie der Universitätsklinik Z.____ in ihrem Bericht vom 29. August 2015 fest, beim Beschwerdeführer würden weiterhin linksbetonte Schmerzen im Bereich des unteren Rückens und der Füsse sowie ein Einschlafgefühl an den Füssen bei Status nach OSG- und USG- Arthrodesen links bestehen. Bei normalen Ulnaris -SEP beidseits seien die sensibel evozierten Potentiale von den Beinen beidseitig leichtgradig verlängert gewesen, als möglicher Hinweis auf eine thorakal/lumbal bedingte spinale Afferenzstörung .

Das initiierte Verlaufs-MRI habe jedoch keine Befundänderung und keine spinale Pathologie gezeigt, die den neurophysiologischen Befund erklären könnten .

In der Zusammenschau sei die Ursache für die verlängerte Tibialis -SEP und die Beschwerden an den Füssen insgesamt unklar geblieben. Aufgrund der starken Einschränkungen des Beschwerdeführers werde dringend empfohlen, die Physiotherapie zur Erhaltung der Mobilität und der Restfunktionen fortzuführen (Urk. 9/210 /1-3). 4. 3

In seinem Zwischenbericht vom 24. August 2016 führte Dr. C.____ aus, trotz orthopädischer Schuhversorgung sei die Belastbarkeit des linken Fusses wegen vermehrten belastungsabhängigen Schmerzen im Vergleich mit dem Zustand vor der Rehabilitation in I.____ vom 13. Januar bis am 6. Februar 2015 noch mehr herabgesetzt. Am 9. August 2016 habe sich der linke Fuss in einer massiven Fehlstellung mit deutlicher Schwellung gezeigt. Die Prüfung des OSG links sei schmerzhaft mit deutlich eingeschränkter Beweglichkeit, der Beschwerdeführer

könne nur einige Schritte ohne Stock gehen, für weitere Distanzen (über 50 Meter) brauche er einen Gehstock zur Entlastung, Treppengehen sei sehr mühsam, nur sehr kurze Treppen seien möglich. Die geklagten Beschwerden seien aufgrund der funktionellen Einschränkungen glaubhaft, plausibel und nachvollziehbar. Insgesamt müsse von rein unfallbedingten funktionellen Einschränkungen und Beschwerden im linken OSG und Fuss und von einer bleibenden Verschlechterung der Verhältnisse ausgegangen werden. Die Prognose sei ungünstig, es sei mit einer bleibenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit) zu rechnen, dies auch unter Berücksichtigung der Rückenbeschwerden und eines Status nach Hüft-Totalprothese beidseits (Urk. 9/225/4-6).

E. 4.4

Dr. D.____ führte in ihrem Bericht betreffend der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Oktober 2016 aus, der Beschwerdeführer habe von Seiten des Fusses beschrieben, dass er immer wieder Schwellungszustände entwickle. Zusätzlich bestehe ein nächtliches Zucken. Aufgrund der schmerzbedingten Belastungsintoleranz des linken Fusses und damit verbundener Gangunsicherheit nehme er ausser Haus immer Gehstöcke mit sich, auch zu Hause nehme er gelegentlich die Gehstöcke zu Hilfe. Er sei mit zwei Gehstöcken zur Untersuchung erschienen. Es bestehe ein antalgisches Hinken links. Nach Entfernung der Schuhe und Strümpfe lasse sich ein bräunlich livides Integument darstellen, welches pastös verändert und leicht glänzend sei. Es bestehe ein vermehrter Rückfussvalgus. Beim Barfussgehen sei es zu einer vermehrten Aussenrotation des Vorfusses gekommen. Schmerzen bestünden über dem Mittelfussbereich bis zum OSG lateral ziehend. Eine OSG-Beweglichkeit sei bei OSG - Arthroese nicht gegeben. Die OSG-Beweglichkeit (gemeint wohl: USG-Beweglichkeit) sei bei USG-Arthroese ebenfalls nicht vorhanden. Die Narben hätten sich reizlos gezeigt. Es bestehe eine Hypästhesie im Vorfussbereich betont. Die Zehen- und Kniegelenksbeweglichkeit seien frei.

Die Fortsetzung des konservativen Vorgehens und das Weiterführen der Analgesie mit Dafalgan, Tramal und Novalgin nach Bedarf werde unterstützt. Zusätzlich seien zum Erhalt der Gehfähigkeit zwei Serien Physiotherapie pro Jahr durchzuführen. Des Weiteren seien angepasste orthopädische Serienschuhe sowie Einlagen nach Mass zu tragen. Im Vergleich zur erhobenen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 29. Juni 2009 bestehe soweit eine unveränderte Situation. Es bestehe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wie anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 29. Juni

2009 erhoben (Urk. 9/246).

E. 4.5

Dr. E.____

hielt in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 4. Oktober 2017 fest, die Untersuchung habe eine fast komplette Steifigkeit des linken Sprunggelenkes gezeigt. Es hätten sich eine Rückfussvalgusstellung links sowie trophische Hautstörungen mit bräunlich-livider Verfärbung gezeigt,

ausserdem eine leichte Hauttemperaturminderung des linken Fusses im Vergleich mit der rechten Seite. Die klinische Untersuchung sei ohne Hinweise für neurologische Defizite geblieben und die Fusspulse seien symmetrisch gut palpabel gewesen. Die geltend gemachten Fussbeschwerden links seien mit dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. April 2004 zurück zuführen. Aus unfallchirurgischer Sicht handle es sich um einen medizinisch stabilen Zustand und die heutige kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren Behandlungen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Zum Erhalt des Gesundheitszustandes würden 3-4 Serien Physiotherapie pro Jahr empfohlen. Insgesamt hätten sich die subjektiven, radiologischen sowie klinischen Befunde im Vergleich mit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Oktober 2016 sowie auch derselben vom 29. Juni 2009 nicht wesentlich verändert. Auch an der im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Juni 2009 ausgesprochenen Zumutbarkeit ändere sich nichts (Urk. 9/272).

E. 4.6

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Radiologie, führte in seiner radiologischen Beurteilung vom 17. Januar 2018 aus, die Röntgenbilder hätten verbliebene Schraubenfragmente nach vorausgegangenem partiellen Metallentfernung und einen Bruch beider vom Tubercalcanei her eingebrachten

Arthrodeseschrauben

gezeigt. Es sei keine akut traumatische Läsion ersichtlich und es bestünden inhomogene trabekuläre Knochenbinnenstrukturen und Knochendichte. Es bestehe eine Pseudarthrose der distalen Fibula. Eine präzise Beurteilung der exakten ossären Verhältnisse bleibe einer CT vorbehalten (Urk. 9/284).

E. 4.7

Die Röntgenaufnahmen vom 17. Januar 2018 wurden Prof. F.____ zur Erstattung einer Zweitbeurteilung vorgelegt. Mit Bericht vom 12. Februar 2018 hielt er diesbezüglich fest, dass der Befund in der Untersuchung vom 17. Januar 2018 in Bezug auf den Durchbau im OSG und USG unverändert sei. Hingegen seien jetzt die Schraubengewinde der Osteosyntheseschrauben, welche durch das USG gingen, sicher gebrochen und leicht disloziert. Zunehmend sei auch die Arthrose im Bereich des talonavikulären Gelenkes. Die Knochenstruktur sei in der Untersuchung vom 17. Januar 2018 im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. Januar 2009 diskret osteopener geworden, was auf eine leichte Osteopenie aufgrund von Inaktivität hindeute. Zusammenfassend hätten sich die konventionellen Röntgenaufnahmen vom 17. Januar 2018 im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 19. Januar 2009 bis auf eine minimale Zunahme der Inaktivitätsosteopenie und dem in der Aufnahme vom 17. Januar 2018 dokumentierten Bruch der USG-Arthrodeseschrauben nicht verändert. In Bezug auf den Zustand der Arthrodesen von OSG und USG habe keine relevante Veränderung stattgefunden. Konventionell radiologisch würden in den Aufnahmen vom 17. Januar 2018 keine Hinweise für eine subtalare

Pseudarthrose bestehen, allerdings wäre eine Computertomographie für diese Fragestellung zuverlässiger

(Urk. 9/287 /2-3).

E. 4.8

Am 28. Februar 2018 wurde im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin des Stadtspitals G.____ ein CT des linken Rückfusses durchgeführt. Als Hauptbefund zeigte sich gemäss

Dr. med. K.____ , Facharzt FMH für Radiologie, eine nicht erfolgreiche Arthrodesese des unteren Sprunggelenks mit noch durchgehend erkennbarem Gelenksspalt und gebrochenen Schrauben. Darüber hinaus hielt er eine vollständige Arthrodesierung des oberen Sprunggelenkes und des distalen Tibiofibulargelenkes fest (Urk. 9/289) .

E. 4.9

Prof. F.____ führte in seinem Bericht vom 16. März 2018 aus, aufgrund des CTs vom 28. Februar 2018 habe sich die Vermutung bestätigt, dass der Gelenk spalt des unteren Sprunggelenkes in allen Kompartimenten noch durchgehend abgrenzbar sei mit zusätzlichen sekundären degenerativen Veränderungen und gebrochenem Schraubengewinde der Arthrodeseschrauben . Dies bestätige die klinische Vermutung, dass eine subtalare

Pseudarthrose respektive eine nicht erfolgreiche Arthrodesese des unteren Sprunggelenkes vorliege. Wie bereits im konventionellen Röntgenbild vermutet, sei das obere Sprunggelenk und das distale Tib i ofibulargelenk vollständig ossär durchgebaut (Urk. 9/291).

E. 4.10

Dr. E.____

hielt in seiner Stellungnahme vom 21. März 2018 fest , dass es durch den Materialbruch insgesamt zu einer wesentlichen Verschlechterung des unfall bedingten Gesundheitszustandes gekommen sei. Radiologisch habe sich zwar nur eine minimale Zunahme der Inaktivitätsosteopenie gezeigt. Aus dem CT vom 28. Februar 2018 ergebe sich jedoch eine subtalare

Pseudarthrose respektive eine nicht erfolgreiche Arthrodesese des unteren Sprunggelenkes mit zusätzlichen sekundären degenerativen Veränderungen aufgrund der gebrochenen Schrauben gewinde der Arthrodeseschrauben (Urk. 9/292). In seiner Stellungnahme vom 29. März 2018 verneinte Dr. E.____

die Frage , ob sich das Zumutbarkeitsprofil auf Grund der aktuellen Aktenlage erheblich verändert habe (Urk. 9/293).

E. 4.11

In seinem Schreiben an die Suva vom 25. April 2018 hielt Dr. C.____ fest, gestützt auf das CT vom 28. Februar 2018 sei eine Pseudarthrose im USG klar ausgewiesen. Zudem weise das untere Sprunggelenk klare arthrotische Verän derungen im Calcaneocuboidal - und Talonavikulargelenk auf. Allein schon diese Arthrosen würden die Dauerschmerzen und Reizungen mit Schwellungen im linken Fuss hinreichend erklären. Dazu kämen noch mehrere gebrochene Schrau ben und eine Pseudarthrose im distalen Tibiofibulargelenk . Es sei gut nachvoll ziehbar, dass die Beschwerden auch mit orthopädischem Schuh nicht aufgefangen werden könn t en. Im Rahmen der massiv verminderten Belastbarkeit des linken Fusses mit entsprechender Inaktivität sei eine generalisierte Osteopenie aufge treten, welche, wenn auch als minim beschrieben, gegenüber 2009 doch zuge nommen habe . Die vom Beschwerdeführer g eklagten Beschwerden würden mit den objektiven Befunden korrelieren. Vor allem die Arthrosen sowie die Osteo penie seien bezüglich Verlauf und Situation im linken Fuss mit Sicherheit als Verschlechterung der gesundheitlichen Situation zu werten (Urk. 9/298 /2-6).

E. 4.12

Med. pract . H.____ , welcher die hausärztliche Betreuung des Beschwerdeführer s von Dr. C.____ übernommen hatte, führte in seinem Bericht vom 30. April 2020 aus, dass der Beschwerdeführer unverändert auf Gehhilfen angewiesen sei, wenn er Strecken von mehreren Metern absolvieren müsse. Das Laufen an Gehhilfen sei für circa zwanzig Minuten möglich, bevor er einen Stopp einlegen müsse. Hinsetzen und gegebenenfalls das Bein hochlagern würde dann Erleichterung bringen. Allerdings würde hierbei nach etwa dreissig Minuten eine Steifigkeit der Hüfte und des Knies auftreten, was vom Hochlagern getriggert werde und dazu führe, dass er wieder aufstehen müsse. Nach Angaben des Beschwerdeführer s würden begleitend zu der Schwellung nach circa dreissig Minuten Schmerzen auftreten. Als weiterer negativer Verlaufsaspekt werde die aufgrund der unfall bedingten Fehlbelastung rezidivierend auftretenden Schwellungen des rechten Sprunggelenks mit begleitenden Schmerzen erachtet. Die Inaktivität und die damit verbundene Gewichtszunahme von 105 kg auf 127 kg seien ebenfalls auf die oben beschriebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes zurückzuführen. Was das von der Suva propagierte Zumutbarkeitsprofil anbelange, so frage er sich seit der Übernahme der Behandlung des Beschwerdeführers, wie es dem Beschwerdeführer aufgrund des sich verschlechternden Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden unfallbedingten Einschränkungen und Beschwerden der unteren linken Extremität möglich sein sollte, einer 5-6 stündigen Tätigkeit auch in einem optimal angepassten Arbeitsumfeld nachzugehen. Längeres Gehen und Stehen sei nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei selbst für kurze Strecken auf beide Unterarmgehstöcke angewiesen. Aufgrund der vermehrt auftretenden Schmerzen sei immer wieder ein Lagewechsel notwendig und wegen der Schwellung müsse er den Fuss hochlagern, was wiederum zu den oben beschriebenen zusätzlich einschränkenden Begleiterscheinungen führe. Dabei sei zu berücksichtigen, dass ein Lagewechsel nicht eine sofortige Schmerzfreiheit bedeute. Der Beschwerdeführer müsse also erstmal eine Pause machen, bis der Schmerz erträglicher sei. Nachdem sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführer s seit 2009 nachgewiesenermassen verschlechtert habe, bestehe selbst in einer optimal angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 3 /4).

E. 5

sei der Endzustand ab diesem Zeitpunkt erreicht gewesen und die Erhöhung der Invalidenrente zeitlich auf den 1. Juni 2015 festzulegen (Urk. 1 S. 6 ff.). 2.3

Zu prüfen ist, ob eine revisionsrechtlich massgebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist und – bejahendenfalls – , ob und in welchem Umfang dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente der Unfallversicherung zu steht . 3.

Unbestritten (Urk. 2 S. 8 Ziff. 4.3) und anhand der Akten erstellt ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführer s seit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 5. März 2010 (Urk. 9/ 142) bei einem Materialbruch nach Schraubenarthrodese des unteren Sprunggelenkes dahingehend verschlechtert hat, als sich eine

subtalare

Pseudarthrose respektive eine nicht erfolgreiche Arthrodese des unteren Sprunggelenkes mit zusätzlichen sekundären degenerativen Veränderungen entwickelt hat (Urk. 9/176, Urk. 9/188, Urk. 9/198, Urk. 9/247 /4-11 , Urk. 9/28 4,

Urk. 9/287/2-3, Urk. 9/289, Urk. 9/291-292, Urk. 9/298, Urk. 3/4). Damit bejahte die Beschwerdegegnerin zu Recht das Vorliegen eines Revisionsgrundes, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen ist, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (E. 1.3).

Eine allfällige revisionsweise Erhöhung der Rente hat bei Rückfällen und Spätfolgen – wie bei der erstmaligen Rentenzusprechung – auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Heilbehandlung hin zu erfolgen (BGE 140 V 65). Im hier zu beurteilenden Fall kam es nach der Rückfallmeldung, respektive der Meldung der Zustandsverschlimmerung, vom 16. August 2016 (Urk. 9/220) zu keiner weiteren Heilbehandlung. So wurde

bereits im Bericht der Orthopädie der Universitätsklinik Z.____ vom 16. Juni 2015 festgehalten, dass operative Massnahmen wenig erfolgsversprechend seien und eine konservative Therapie durchzuführen sei

(Urk. 9/198). Dr. C.____

schloss in seinem Bericht vom 23. Oktober 2016 sodann auf einen austherapierten verschlechterten Endzustand, der weder operativ noch durch konservative Massnahmen verbessert werden könne (Urk. 9/247/11). In der vorliegenden Konstellation, in welcher im Zeitpunkt der Rückfallmeldung keine Heilbehandlung erfolgt, von deren Abschluss der Beginn des Rentenanspruches abhängig gemacht werden kann, ist der Rentenbeginn frühestens auf den Zeitpunkt der Rückfallmeldung festzulegen (BGE 144 V 245 E. 6.4 mit Hinweis). Angesichts der Rückfallmeldung vom 16. August 2016 ist eine allfällige revisionsweise Änderung der bisherigen Invalidenrente

ab dann zu prüfen, wobei eine revidierte Rente in Anwendung von Art. 19 Abs. 3 Satz 2 ATSG ab dem 1. September 2016 auszubezahlen wäre. 4.

E. 5.1

Es ist zu prüfen, ob die eingetretene

Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (E. 3) mit einer Veränderung dessen funktioneller Leistungsfähigkeit einhergeht, respektive, ob – wie die Beschwerdegegnerin annimmt (E. 2.1) – weiterhin von der Zumutbarkeit des 2009 festgelegten Belastungsprofils auszugehen ist.

E. 5.2

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Juni 2009 gab der Beschwerdeführer an, dass Hauptproblem sei, dass er den Fuss nicht ohne Stockunterstützung belasten könne, respektive nur für kurze Strecken. Die Schmerzen seien nicht immer vorhanden, würden aber plötzlich stechend auftreten. Es bestehe nicht immer die gleiche Lokalisation am Fuss, die Schmerzen könnten einmal an der Grosszehe, einmal im Bereich der Ferse, aber auch im Bereich des Fussrückens auftreten. Der Schmerz, welcher zwischen Minuten aber auch bis zu einer halben Stunde andauere, sei sehr stark. Es wurde folgender Endzustand festgehalten: Arthrodese des USG und des OSG, Konsolidation mit mässiger Fehlstellung bei aktuell reizlosen stabilen Verhältnissen mit normaler Trophik. Subjektiv würden insbesondere Belastungsschmerzen bestehen. Kreisarzt Dr. A.____

formulierte das Belastungsprofil im Jahr 2009 wie folgt: Es müsse sich um eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit handeln, wobei der zeitliche Umfang 5-6 Stunden pro Tag betrage

(Urk. 9/122) .

E. 5.3

) – jedoch nicht für die Annahme einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetretenen Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit. So ist

–

unabhängig von der Diagnose

– einzig massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeitsbezugsweise Erwerbsfähigkeit vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_457/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.2 mit Hinweisen) .

Prof. F.____ äusserte sich nicht zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 4.7 , E. 4.9) .

Soweit er in seinem Bericht vom 17. Januar 2018 aber ausführt, die Schraubengewinde der Osteosyntheseschrauben

seien vermutlich bereits in den Aufnahmen vom 19. Januar 2009 gebrochen gewesen (Urk. 9/287/3), stellt dies ein

Indiz für eine unveränderte Symptomatik dar .

Dr. C.____ und med. pract . H.____

erachteten den Beschwerdeführer in sämtlichen Tätigkeiten als zu 100 % arbeitsunfähig (E. 4.3, E. 4.12) . Als behandelnde Hausärzte, deren Fachgebiet die Allgemeine Innere Medizin ist, sind ihre Beurteilungen diesbezüglich jedoch nur begrenzt beweiswertig.

Zu berücksichtigen ist überdies die Erfahrungstatsache, 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 mit Hinweis). Darüber hinaus mangelt es der Einschätzung von Dr. C.____ in seinem Bericht vom 24. August 2016

an einer nachvollziehbaren Begründung, inwiefern dem Beschwerdeführer auch eine vorwiegend sitzende Tätigkeit nicht mehr zumindest teilweise möglich sein sollte (E. 4.3). Auch seinem

Schreiben vom 25. April 2018, in welchem er sich nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte, lassen sich keine objektiven Befunde entnehmen, welche auf eine – nicht bereits im restriktiven Zumutbarkeitsprofil aus dem Jahr 2009 berücksichtigte – funktionelle Einschränkung

schliessen lässt

(E. 4.11). Med. pract . H.____ hat in seinem Bericht vom 30. April 2020 zwar dazu Stellung genommen, was seines Erachtens gegen die Vereinbarkeit des aktuellen Gesundheitszustandes mit dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil spricht . In Anbetracht, dass er ein Sitzen von 30 Minuten mit Schmerzlinderung durch Aufstehen und Pausen nach Lagewechseln offenbar als möglich erachtete, kann aber seine

Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer selbst in einer optimal angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig sein soll (E. 4.12) , nicht nachvollzogen werden . Alsdann

fehlt es seiner Beurteilung an einem nachvollziehbaren Auschluss unfallfremder gesundheitlicher Störungen.

Zusammengefasst lassen sich den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für eine – mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes (E. 3) stattgehabte – Veränderung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers entnehmen.

E. 5.3.1

Dr. E.____ verneinte in seiner Stellungnahme vom 29. März 2018 eine erhebliche Veränderung des Zumutbarkeitsprofils (E. 4.10).

Im Hinblick auf diese

Beurteilung

untersuchte

Dr. E.____

den Beschwerdeführer zwar nicht (erneut) persönlich, konnte sich dabei aber auf die Ergebnisse der vorhergehenden

kreis ärztlichen Untersuchungen vom 19. Oktober 2016 (E. 4.4) und vom 4. Oktober 2017 (E. 4.5) stützen .

Diesen Untersuchungsberichten zufolge stehen bei m

Be schwerdeführer – wie bereits am

29. Juni 2009 (E. 5.2) – belastungsabhängige Schmerzen am linken Fuss im Vordergrund (Urk. 9/246/3, Urk. 9/272/3 -5) .

Nach dem der Beschwerdeführer bereits am 29. Juni 2009 stechende Schmerzen an der Grosszehe, im Bereich der Ferse und des Fussrückens beklagt hatte (E. 5.2) , lokalisierte er diese – nach wie vor als stechend beschriebenen

– Schmerzen anlässlich der Untersuchung vom 4. Oktober 2017 insbesondere an den Zehen des linken Fusses sowie im Bereich des linken Sprunggelenkes (Urk. 9/272/3) . Die am 19. Oktober 2016 sowie am 4. Oktober 2017 erhobenen Befunde einer Valgusstellung des linken Rückfusses sowie eines antalgischen Hinkens links (Urk. 9/246/3-4, Urk. 9/272/4) waren sodann bereits am 29. Juni 2009 auszu machen

(Urk. 9/122/2-3) . Als ebenfalls unverändert (vgl. Urk. 9/122/2) zeigt sich die Tatsache, dass der Beschwerdeführer zur Untersuchung vom 4. Oktober 2017 mit zwei Unterarmgehstöcken

erschien, ihm anlässlich der Untersuchung ein Gehen ohne Gehstöcke n aber möglich war (Urk. 9/272/4). Bei im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Juni 2009 (E. 5.2) im Wesentlichen unveränderter Beschwerdeschilderung sowie unveränderten klinischen

Befunden erweist es sich als nachvollziehbar, dass

Dr. D.____ und Dr. E.____ jeweils auf eine hinsichtlich der Zumutbarkeit unveränderte Situation schlossen (E. 4.4, E. 4.5).

E. 5.3.2

Aufgrund der im Rahmen des Einspracheverfahrens veranlassten Zusatzabklärungen (Röntgen Sprunggelenk links vom 17. Januar 2018 [E. 4.6]; CT linkes OSG vom 28. Februar 2018 [E. 4.8]) ergab sich insofern eine Veränderung in den radiologischen Befunden, als sich eine subtalare

Pseudarthrose respektive eine nicht erfolgreiche Arthrodesse des unteren Sprunggelenkes mit zusätzlichen sekundären degenerativen Veränderungen bestätigte (E. 4.6-4.9 ; vgl. E. 3). Dies alleine genügt – auch unter Berücksichtigung, dass es sich bei der radiologischen Bildgebung lediglich um ein Beurteilungskriterium unter vielen anderen handelt, um ein Gesamtbild medizinisch bewerten zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E.

E. 5.3.3

Nach dem Dargelegten erweist sich die Einschätzung von Dr. E.____, wonach sich das Zumutbarkeitsprofil gemäss der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Juni 2009 nicht erheblich verändert habe, angesichts der medizinischen Aktenlage als schlüssig. Dr. E.____ berücksichtigte bei seiner Beurteilung auch die neuen radiologischen Befunde, zumal er den Eintritt einer Verschlechterung des unfallbedingten Gesundheitszustandes am 21. März 2018 gestützt

darauf bejaht hatte (vgl. Urk. 9/292). Ferner konnte sich Dr. E.____ bei seiner Einschätzung auf die Ergebnisse

der kreisärztlichen Untersuchungen vom 19. Oktober 2016 und vom 4. Oktober 2017 stützen, worin den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Hinblick auf das kreisärztliche Belastungsprofil vom 29. Juni 2009 hinreichend Rechnung getragen worden war (Urk. 9/246/3-5, Urk. 9/272/3-6). Dass sich seither eine Veränderung mit Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit eingestellt hat, ist nach dem Gesagten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (E. 5.3.2).

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (E. 2.2) sind denn auch keine Hinweise

für indirekte Unfallfolgen auszumachen, welche ihn über das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil hinaus in seiner Funktionalität beeinträchtigen könnten.

E. 5.4

Zusammengefasst rechtfertigen sich aufgrund der übrigen medizinischen Akten und aufgrund der Vorbringen des Beschwerdeführers keine Zweifel an der kreisärztlichen Stellungnahme von Dr. E.____ vom 29. März 2018,

weshalb darauf abzustellen ist und sich weitere Abklärungen insgesamt erübrigen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Dementsprechend ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss dem am 29. Juni 2009 definierten Belastungsprofil (E. 5.2) unverändert leistungsfähig ist.

Eine

seit dem Rentenbeginn vom 1. März 2010 eingetretene erhebliche Veränderung der hypothetischen Bezugsgrössen im Sinne von Art. 16 ATSG ist nicht

erkennbar und wurde vom

Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht (Urk. 1) .

Ein erneuter Einkommensvergleich erübrigt sich

demgemäss

(vgl. Urteil des Bundesgerichts U 293/06 vom 22. Juni 2007 E. 8).

E. 6

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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
Vogelkübler

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