

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00035

vom 7. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00035

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00035 du 7 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00035 del 7 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

8. April 2018 mit, sie habe ab Mai 2018 noch Anspruch auf ein Taggeld von 50 % und ab Juli 2018 keinen Anspruch mehr auf Taggelder (Urk. 8/110). Am 21. Dezember 2018 wurde die Versicherte erneut

operativ behandelt indem sie mit einer Calcaneocuboidal - Arthrodesse am linken Fuss versorgt wurde (Urk. 8/132 ; vgl. auch Austrittsbericht vom 24. Dezember 2018, Urk. 8/133) . Der beratende Arzt, Prof. Dr. med. B.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchte die Versicherte und gab am 29. Juni 2020 eine medizinische Beurteilung ab (Exploration vom 15. Juni 2020, Urk. 8/201- 202).

Am

7. Juli 2020 verfügte die Helsana, der medizinische Endzustand sei per 31. Juli 2020 erreicht und sprach der Versicherten eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritäts einbusse von 5 % im Betrag von Fr. 7'410.-- zu (Urk. 8/205). Dagegen liess die Versicherte am 3. September 2020 Einsprache erheben (Urk. 8/210; ergänzend begründet am 9. Oktober 2020, Urk. 8/213). Mit Entscheid vom 6. Januar 2021 wies die Helsana die Einsprache ab (Urk. 2 [= Urk. 8/220]).

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 10. Mai 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

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

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 diesem 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, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 Urteil vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5). 1. 4 1. 4 .1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. 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). 1. 4 .2

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teil weiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2). 1. 4 .3

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrät lichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Fein raster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala ange gebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versiche ren gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Zusam menhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versiche rungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versiche rungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangen heit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungs fall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzuneh men (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen liess die Versicherte am 5. Februar 2021 Beschwerde erheben und bean tragen, der Einspracheentscheid vom 6. Januar 2021 sei aufzuheben und es seien weiterhin die

gesetzlichen UVG-Leistungen zu gewähren; der Entscheid über die Integritätsentschädigung und Rente sei aufzuheben und erst bei Vorliegen des medizinischen Endzustandes sei darüber zu verfügen. Eventualiter sei eine Integritätsentschädigung von mindestens 7.5 % geschuldet und die Rentenprüfung vorzunehmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. März 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid, die Beschwerdeführerin sei spätestens zum Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung durch den beratenden Arzt wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Eine weitere Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr möglich gewesen, weshalb keine namhafte Besserung mehr habe erwartet werden können. Eine andauernde Behandlung habe vorliegend gar nicht mehr stattgefunden, weshalb eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes durch therapeutische Massnahmen zu verneinen

sei. Da keine (unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit vorliege, habe die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rentenleistung (Urk. 2 S. 4-5). Die Beurteilung des Integritätsschadens beziehungsweise dessen Schwere basiere ausschliesslich auf dem medizinischen Befund. Die Stellungnahme ihres beratenden Arztes erfülle sämtliche Kriterien einer beweiskräftigen ärztlichen Einschätzung, weshalb darauf abgestellt werden könne. Der beratende Arzt habe nachvollziehbar und schlüssig seine Beurteilung begründet. Es seien keine Gründe ersichtlich, weshalb seine Begründung nicht korrekt sein sollte (Urk. 2 S. 6-7).

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, der «Ratschlag» des beratenden Arztes betreffend der Osteosynthesematerialentfernung (OSME) decke sich nicht mit der gängigen Praxis und dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Es handle sich bei der OSME um ein standardmässiges, schulmedizinisch anerkanntes und sinnvolles Vorgehen, wenn – wie vorliegend – die Beschwerden persistierend seien. Die Arbeitsfähigkeit sei nie zu 100 % hergestellt gewesen, weshalb die Voraussetzungen für einen Fallabschluss nicht gegeben

seien. Des Weiteren sei nicht ausgeführt worden, weshalb es sich beim versteiften CC-Gelenk um das weniger bedeutsame gehandelt haben sollte. Da die Tabelle 5.2 keine weitere Abstufung vornehme, sei die Integritätsentschädigung von 15 % korrekterweise mathematisch zu halbieren (Urk. 1 S. 3-4). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

1

Am 31. August 2020 nahm Dr. I.____ Stellung und führte aus, bei persistierenden Beschwerden nach Einbringen von Osteosynthesematerial sei die Entfernung das Standardvorgehen und nach Ausschöpfen der konservativen Massnahmen meist der erste

operative Schritt zur Verbesserung der Situation. Der Weichteilmantel sei im genannten Bereich dünn und die Peronealsehnen würden unmittelbar in diesem Bereich laufen. Die Beschwerden rein auf ein Sinus - tarsi -Syndrom zurückzuführen , könne nicht uneingeschränkt nachvollzogen werden (Urk. 8/214

[= Urk. 3/4]). 4.

4.1

Zu prüfen ist vorab, ob der Fallabschluss per 31. Juli 2020 – wie von der Beschwerdeführerin beanstandet (Urk. 1 S. 3) – v erfrüht war. In diesem Zusam men hang stellt sich die Frage, ob für die Zeit ab 1. August 2020 noch eine nam hafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (vgl. E. 1.3).

Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Juli 2020 keine Therapieoption vorgeschlagen worden, die eine namhafte Besserung der Beschwerdesituation im Sinne einer ins Gewicht fallenden Steige rung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 4.3) erwarten liesse. Dr. B.____ führte nachvollziehbar aus, dass bei kraftvoll möglichem Zehenspitzen- und Fersengang sowie ohne lokalisierte Schwellungen und bei fehlender Dolenz der Peronealsehnen eine OSME sich nicht aufdränge und keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei (E. 3.10). Dies steht denn auch im Ein klang mit den klinischen Untersuchungsbefunden von Dr. F.____ , welcher eine zurückliegende Pathologie nach der Resektion der Pseudoarthrose Processus

anterior

Calcaneus am Fuss links bereits im März 2018 ausschliessen konnte. Aufgrund der zunehmenden Beschwerden am CC-Gelenk und bei Ausschöpfen der konservativen Therapien jedoch die Indikation zur operativen Therapie als gegeben sah und eine CC-Gelenksarthrodesierung durchführte (E. 3.7). Eine namhafte Besserung durch eine OSME nach der durchgeführten Calcaneocuboidal-Arthrodese im Dezember 2018 ist gestützt auf die Akten jedoch nicht ausgewie sen.

Dr. I.____ führte denn auch lediglich aus, dass eine Osteo synthesematerialentfernung bei Ausschöpfen der konservativen Massnahmen das Standard vorgehen sei (E. 3.11) .

D em Bericht von Dr. I.____ ist folglich nicht zu ent nehmen, dass mit einer OSME eine namhafte Verbesserung bezüglich der Folgen des Unfalls vom 10. Mai 2016 zu erwarten wäre.

Diesbezüglich ist fest zuhalten, dass eine allfällige bloss e Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurz fristige Linderung, eine bloss e Verbesserung der Befindlichkeit oder dass die ver sicherte Person e twa von Physiotherapie profitie ren kann, einem Fallab schluss nicht entgegensteht

(Urteil des Bundesgerichts 8C_172/2018 vom 4. Juni 2018 E. 4.3). Die Beurteilung von Dr. B.____ genügt den von der Recht sprechung an den Beweiswert versicherungsinterne r Stellungnahmen gestellten Anforde rungen (vgl. E. 1.6). Dass mit der Entfernung des Osteosynthesematerial eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwart e t

wird , ist nicht ausgewie sen, weshalb der Fal labschluss nicht verfrüht war. Der Endzustand ist spätestens im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B.____ erreicht gewesen. Entspre chend ist der Fallabschluss unter Einstellung der vorübergehenden Leis tungen

(Heilbehandlung und Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1). 4.2

4.2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt gestützt auf die Einschätzung von Dr. B.____ dafür, dass keine (unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit vorliege, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rentenleistung habe, mithin auch nicht auf die Übernahme der Heilungskosten gestützt auf Art. 21 UVG (vgl. Urk. 2 S. 5) . 4.2.2

Dieses Vorgehen ist unter Berücksichtigung, dass die Beschwerdeführerin als Büroangestellte tätig war, nicht zu beanstanden. Der behandelnde Arzt Dr. I.____ attestierte der Beschwerdeführerin im Februar 2020 ohne Angaben der funktionellen Einschränkungen zunächst noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 3.9). Mit Stellungnahme vom 30. Juni 2020 erklärte Dr. I.____ lediglich, dass die Arbeitsfähigkeit nicht gesteigert werden konnte und die Beschwerdeführerin aktuell nicht voll arbeitsfähig sei; die Beurteilung beziehe sich jedoch auf eine angepasste Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Urk. 8/203). Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.____

vermag keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. B.____ zu erwecken, vielmehr lässt sie die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 124 I 170 E. 4) erkennen und die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen 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). Auf die Beurteilung von Dr. B.____ kann abgestellt werden und es ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der Tätigkeit als Büroangestellte, welche nicht gehintert ist, sowie auch bei Arbeiten im Stehen oder Sitzen im Rahmen einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist. 4.2.3

UV170360 Invalidenrente, allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Gesetzestext 02.2021 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).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung sodann primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht.

Ist kein solches tatsächlich erzielt es Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis).

Das Arbeitsverhältnis mit der früheren Arbeitgeberin wurde am 1. Juni 2016 per 30. September 2016 aufgrund notwendiger innerbetrieblicher Umstrukturierungsmassnahmen aufgelöst (Urk. 8/14 S. 11), weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt des Gesundheitsschadens nicht mehr an der bisherigen Arbeitsstelle ausgeübt hätte. Daher sind Rechtsprechungsgemäss sowohl für die Ermittlung des Valideneinkommens als auch für das Invalideneinkommen die statistischen Werte heranzuziehen. Da der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Büroangestellte

zu

100 % zumutbar ist,

besteht unter Berücksichtigung derselben Tabellenlöhne

keine Erwerbseinbusse. Mithin hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung . 4.3

Zum Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung ist schliesslich festzuhalten, dass die Beurteilung des Integritäts schadens in erster Linie Aufgabe des Mediziners ist . Er hat insbesondere den Befund zu erheben sowie dessen Dauerhaftigkeit und Schwere zu beurteilen. Dabei hat er auch den Quervergleich mit anderen im Anhang 3 der UVV oder den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts U 344/01 vom 11. September 2002 E. 6). Nachvollziehbar und begründet ist auch die vom beratenden Arzt Dr. B.____ vorgenommene Einschätzung des Integritäts schadens (Urk. 8/202 S. 4), welche er unter Berücksichtigung, dass

bei einer kompletten Arthrodese nach der Tabelle 5.2 die Integritätsentschädigung mit 15 % geschätzt werde und das operativ versteifte CC-Gelenk von den beiden Gelenken des Chopartgelenkes das weniger bedeutsame

sei, weshalb die Kürzung auf 1/3 des Wertes für eine vollständige Versteifung des Chopartgelenkes zu erfolgen habe, die Integritätsentschädigung auf 5 % festlegte. Die Kürzung begründete er des Weiteren damit, dass eine Teilarthrodese nicht die volle Integritätsentschädigung ergeben könne, wie eine komplette Arthrodese des Chopart -Gelenkes. Die Tatsache alleine, dass es sich um eines von zwei Gelenken handelt, rechtfertigt –

entgegen der Einwendungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 4) – nicht die Kürzung auf lediglich die Hälfte der Integritätseinbusse .

Dr. B.____ hat seine Einschätzung zur weniger grossen Bedeutung des CC-Gelenkes zwar nicht belegt. Aus der medizinischen Literatur erschliesst sich jedoch, dass beide Gelenkanteile des Chopart -Gelenkes – das

Talonavi k ular -Gelenk und das

Calcane ocuboidal-Gelenk

– für sich gesehen unterschiedliche Bewegungsausmasse haben, sie aber als Gelenkkomplex zu verstehen sind und eine funktionelle Einheit mit dem unteren Sprunggelenk bilden (vgl. Klos, Simons, Schilling, Knobe in Fuss

& Sprunggelenk [Zeitschrift] 16 [2018] Heft 3 S. 141-150, Review zum Themenschwerpunkt Biomechanik des Chopart - und Lisfranc -Gelenkes , S. 142; <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1619998718300849?via%3Dihub> , abgerufen am 15. Juni 2022).

Dabei kommt dem Talonavikulargelenk eine besondere biomechanische Bedeutung zu (was sich auch in seiner fibro kartilaginär verstärkten plantaren Kapsel und den stabilisierenden Bandstrukturen [Lig . bifurcatum , Lig . calcaneonavicularare plantare = Springligament] wider spiegelt ; vgl. B.____ Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie, Springer-Verlag, Eintrag zum Chopart -Gelenk; <http://www.lexikon-orthopaedie.com/>

<http://www.lexikon-orthopaedie.com/>pdx.pl?dv=0&id=02013 ; abgerufen am 15. Juni 2022). Bei der Arthrodesese des TN-Gelenks ist zu bedenken, dass dadurch die Beweglichkeit des subtalaren Gelenks (STG) weitgehend aufgehoben wird. Das CC-Gelenk führt bei einer Versteifung zu einem Bewegungsverlust im STG von etwa 30 % (vgl. K. Olms in Trauma und Berufskrankheit [Zeitschrift] 2005 7

[Suppl . 1] S. 90 – 95 , Arthrodesen im Fußbereich , S. 91; <https://link.springer.com/article/10.1007/s10039-004-0903-8> ; abgerufen am 15. Juni 2022). Somit erweist sich die unbegründet gebliebene Einschätzung von Dr. B.____ im Ergebnis als korrekt.

Die Beurteilung der Schwere einer Integritätserschädigung hat gestützt auf die erhobenen Befunde zu erfolgen. Von den behandelnden Ärzten befasste sich niemand mit der Frage, ob ein Integritätsschaden vorliegt .

Demnach gibt es keine medizinischen Berichte und Stellungnahmen, welche Zweifel an den Beurteilungen von Dr. B.____ begründen. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes abgestellt und der Beschwerdeführer in eine Integritätserschädigung bei einer Integritätseinbuße

von 5 % ausgerichtet. 5.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Januar 2021 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Helsana Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Vogel Sherif

E. 3.2

Am 10. Juni 2016 (Eingangsdatum) berichtete Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, sowohl der Verlauf wie auch die Prognose seien gut; die Einschränkungen schätzte er niedrig ein. Er attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin bis am 27. Mai 2016 eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit. Sodann prognostizierte er ab dem 30. Mai 2016 eine

100%ige Arbeitsfähigkeit (0% Arbeits unfähigkeit); ab dem 30. Mai 2019 sei die vollständige Arbeitsaufnahme ver suchsweise durchzuführen (Urk. 8/9).

E. 3.3

Dem Bericht der E.____ AG für Radiologie und Bilddiagnostik vom 29. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass gleichentags ein MRI des oberen Sprunggelenks erstellt wurde . Der Befund habe eine Knochenmarksignalanhebung am ventralen Calcaneus und geringfügig am Os Cubo i deum sowie eine abgerundete Fraktur des proximalsten An teils der Gelenksfläche zum Os C uboideum ohne wesentliche Dislokation gezeigt . Die Frakturlinie liege direkt unterhalb der zur Schmerzpunkt mar k i e rung angebrachten Mandel (Urk. 8/12) .

E. 3.4

Im Bericht vom 8. Juli 2016 führte

Dr. med. F.____, Facharzt Orthopädi sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , als Diagnose ein Supinationstrauma OSG links vom 10. Mai 2016 mit Zuzug einer wenig dislo zierten Fraktur der anterioren

Cal c aneus -F acetate zum CC-Gelenk auf. Dr. F.____ empfahl wegen den Schmerz en die Ruhigstellung für mindestens vier Wochen und danach die

Teilbelastung im OSG - Softcast mit harter Sohle

(Urk. 8/18). Am 24. August 2016 berichtete Dr. F.____, eine MRI Unters u chung sei nach Rück sprache mit der radiologischen Abteilung aufgrund der Schwangerschaft

nicht möglich . Befundmässig führte Dr. F.____ aus, die Weichteilsituation zeige sich gut abgeschwollen, es bestehe noch eine

Druckdolenz im Bereich des LFTA und des anterolateralen OSG. Es sei entschieden worden, dass die Beschwerdeführerin den Fuss weiterhin mittels OSG- Softcast und harter Sohle für zwei Wochen ruhigstelle. Danach könne zur OSG-stabilisierend en Bandage übergegangen werden (Urk. 8/26). Im Bericht vom 10. September 2016 nahm

Dr. F.____ erneut Stellung und führte aus , bei der schwangeren Beschwerdeführerin bestehe trotz Ruhigstellung und konsequentem Tragen eines OSG- Softcasts noch eine deutliche

Schmerzhaftigkeit ; die Schmerzen hätten sich auch in der klinischen Untersuchung manifestieren lassen. Dr. F.____ hielt fest, dass dreieinhalb Monate nach dem Unfall von einem verzögerten Verlauf gesprochen werden könne. Mit der initialen MRI- Abklärung habe eine Bandverletzung im Bereich des lateralen Malleolus nicht nachgewiesen werden können. In den klinisch-radiologischen Aufnahmen seien keine Frakturen festgestellt worden . Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei in Rücksprache mit der Beschwerdeführerin und dem zu erwartenden Arbeitspensum sowie dem von der Beschwerdeführerin angegebenen Arbeitsweg vorgenommen worden. Eine Neubeurteilung finde anlässlich der nächsten Konsultation statt (Urk. 8/34).

Am 10. März 2017 berichtete Dr. F.____ , die Beschwerdeführerin sei zwei Wochen postpartum in der Sprechstunde vorstellig geworden. Die Beschwerden im Bereich des Calcaneus

anterior seien deutlich regredient , wobei seit der Schwangerschaft beidseits Hüft- und Oberschenkelschmerzen sowie auch auf der linken Seite peroneale Schmerzen bestehen würden. Die noch bestehenden Schmerzen im Bereich der Peronealsehnen

seien mit Physiotherapie behandelt worden (Urk. 8/55). Im Bericht vom 5. Mai 2017 führte Dr. F.____ eine neu aufgetretene linksseitige Achillodynie sowie Peronealsehnenschmerzen links bei Supinationstrauma OSG links vom 10. Mai 2016 mit Zuzug einer wenig dislozierten Fraktur der anterioren

Calcaneus -F acetate zum CC-Gelenk als Diagnosen auf. Anamnestisch habe die Beschwerdeführerin von nachts bestehenden Beschwerden berichtet, diese seien krampfartig und ziehend. Ein erneutes Trauma habe nicht stattgefunden. Seit den Beschwerden seien auch die Vorfußbeschwerden wieder schlechter geworden (Urk. 8/64). Am 9. Juni 2017 führte Dr. F.____ aus, das MR des Fußes links vom 23. Mai 2017 habe eine Pseudarthrose am Processus

anterior

calcanei sowie ein zunehmendes Ödem im Bereich des vorderen Calcaneus gezeigt. Im Sinus tarsi bestehe ebenfalls ein Ödem. Die Achillessehne sei ebenso wie die Peronealsehnen

unauffällig gewesen (Urk. 8/65) . 3. 5

Am 2. September 2016 nahm Prof. Dr. med. B.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und beratender Arzt der Beschwerdeführerin , erstmals Stellung. Er führte aus, es handle sich um eine Fraktur des Processus

anterior

Calcaneus , wobei die Diagnose mit MRI vom 29. Juni 2016 gestellt und eine konservative Therapie begonnen worden sei. Die Behandlung sei bis Ende September 2016 angezeigt und die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei ausgewiesen. Ab Mitte September 2016 sei mit einer teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 8/27). Am 6. Juli 2017 ergänzte Dr. B.____ , überraschenderweise sei im MRI vom 23. Mai 2017 eine Pseudarthrose (Non Union) des Processus

anterior

als festgestellt worden. Die persistierenden Beschwerden seien daher auf die Verletzungsfolgen aus dem Jahr 2016 zurückgeführt worden. Die zwischenzeitlich beklagte Achillessehnenproblematik sei jedoch in einem grösseren zeitlichen Intervall aufgetaucht und könne nicht als unfallkausal angesehen werden. Der Heilverlauf sei vermutlich durch die Pseudoarthrose stark verzögert. Als Büroangestellte bestehe ab Beendigung des Mutterschafturlaubs mindestens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/72).
3.

E. 3.7

Aus dem Bericht vom 23. Dezember 2017 des Spitals A.____

geht hervor, dass am 21. Dezember 2017 durch Dr. F.____ eine Resektion der Pseudoarthrose Pro cessus

anterior

Calcaneus

am Fuss links durchgeführt worden war. Die Beschwerdeführerin sei vom 21. bis 23. Dezember 2017 hospitalisiert gewesen. Die Mobilisation habe nach Massgabe der Beschwerden im OSG-Softcast begonnen werden können (Urk. 8/99). Am 9.

Februar 2018 ergänzte Dr. F.____, es würden nach der Resektion der Pseudoarthrose noch Restbeschwerden bestehen. Die Beschwerdeführerin könne jedoch zur OSG-Mobilisation und Beinachsenstabilisierung wieder intensiv Physiotherapie durchführen. Die Beschwerdeführerin sei weiter hin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/102). Im Bericht vom 26. März 2018 führte Dr. F.____ aus, subjektiv habe die Operation der Beschwerdeführerin keine Beschwerdelinderung erbracht. Von den klinischen Untersuchungsbefunden könne jedoch nicht auf eine zurückliegende Pathologie geschlossen werden. Die radiologische Bilddokumentation habe gezeigt, dass der knöcherne Teil der Non Union entfernt worden sei;

die Beschwerden hätten sich daher verbessern sollen. Die Physiotherapie sollte mit Propriozeption weiter durchgeführt werden. Gegebenenfalls könne nochmals eine diagnostisch-therapeutische Infiltration im Bereich des Sinus tarsi durchgeführt werden. Letztlich seien die Restbeschwerden jedoch nicht geklärt (Urk. 8/108). Im Bericht vom 6. Juni 2018 notierte Dr. F.____, die Beschwerdeführerin habe von einer rund 30%igen Beschwerdeverbesserung berichtet. Sie habe jedoch weiterhin täglich Schmerzen (Urk. 8/113). Am 9. November 2018 berichtete Dr. F.____, die Beschwerdeführerin habe angegeben, weiterhin täglich Beschwerden zu haben, die von der Intensität her eher zunehmend seien. Aufgrund der zunehmenden Beschwerden am CC-Gelenk und bei Ausschöpfen der konservativen Therapien sei die Indikation zur operativen Therapie gegeben, weshalb eine CC-Gelenksarthrodesierung vorgesehen sei (Urk. 8/127).

E. 3.8

Im Austrittsbericht vom 24. Dezember 2018 notierten die behandelnden Ärzte des Spitals

A.____, am 21. Dezember 2018 sei bei der Beschwerdeführerin eine

Calcaneocuboidal-Arthrodesis Fuss links durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe bei reizlosen Wundverhältnissen und subjektivem Wohlbefinden nach Hause entlassen werden können. Sie sei ab dem 21. Dezember 2018 bis am 12. Februar 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/133). Am 7. Januar 2019 berichtete Dr. F.____, dass zwei

Wochen nach der Operation die Wundverhältnisse reizlos gewesen seien und die Fäden hätten entfernt werden können (Urk. 8/134).

E. 3.9

Am 21. Februar 2019 berichtete Dr. med. I.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach knapp zwei Monaten hätten sich klinisch und radiologisch regelrechte Verhältnisse gezeigt. Die Beschwerdeführerin dürfe in den nächsten zwei Wochen sich den Gips abgewöhnen (Urk. 8/140). Im Bericht vom 22. Mai 2019 notierte Dr. I.____, es habe sich nach der Operation insgesamt ein regelrechter Verlauf gezeigt. Die Beschwerden seien langsam regredient, belastungsabhängig jedoch noch vorhanden. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sei nun gegeben (Urk. 8/151). Am 31. Juli 2019 begründete Dr. I.____ die 50%ige Arbeitsfähigkeit damit, dass bei zunächst unauffälligem Verlauf belastungsabhängig verstärkte Schmerzen am lateralen Fussrand bis zur Ferse mit teilweise m Blockadegefühl aufgetreten seien. Dies führe zur Belastungsintoleranz und entsprechend sei lediglich eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben (Urk. 8/161). Am 18. Februar 2020 ergänzte

Dr. I.____, bei persistierenden Beschwerden lateral nach oben sei die Indikation zur OSME gegeben. Bei nachgewiesener Instabilität rate er der Beschwerdeführerin zur gleichzeitigen diagnostischen Arthroskopie des Sprunggelenkes sowie der lateralen Bandnaht. Weiterhin sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 8/187).

E. 3.10

Im Untersuchungsbericht vom 29. Juni 2020 berichtete Dr. B.____ von der Exploration vom 15. Juni 2020. Dr. B.____ führte aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, permanent das Gefühl zu haben, ihr linker Fuss sei eingeklemmt. Auf unebenem Boden habe sie häufig das Gefühl, sie würde den Fuss gleich umknicken. Befundmässig erhob Dr. B.____, das Gehen sei mit ange deutet vermindertem Abrollen des linken Fusses flüssig möglich. Der Zehenspitzen- und Fersengang seien kraftvoll möglich. Links lateralseits bestehe eine unauffällige sechs cm lange Narbe auf Höhe des CC-Gelenkes, die auf Palpation nicht empfindlich reagiere. Eine lokalisierte Schwellung bestehe nicht. Bei der Palpation habe sich der Peronealsehnenverlauf

bei kräftigem Druck mit nur leichter bis mässiger Schmerzangebe gut abtasten lassen. Der Achillessehnenansatz sei nicht dolent;

es bestehe jedoch ein stärkerer Schmerz bei Druck auf die Weichteile beziehungsweise den Knochen des Sinus tarsi

(Urk. 8/202 S. 2) . Dr. B.____

empfahl sodann, von einer OSME sei zum jetzigen Zeitpunkt abzuraten. Die Peronealsehnen hätten sich nicht dolent gezeigt, das OSG sei frei beweglich und das USG zeige eine gute Restbeweglichkeit. Die leichte OSG-Instabilität sei Ausdruck der Hypermobilität. Tatsächliche Distorsionen des OSG würden nach seiner Auffassung bei der vorliegenden Konstellation kaum vorkommen. Der Fuss habe sich anlässlich der Untersuchung nicht geschwollen oder überwärmt gezeigt. Zudem sei der Fuss regulär belastbar (auch im Zehen- und Fersenstand) gewesen. Einzig der Sinus tarsi sei bei der Palpation typisch dolent gewesen. Eine OSME dränge sich keinesfalls auf und eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes durch therapeutische Massnahmen müsse aus seiner Sicht verneint werden. Es bestehe eine un eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für

alle Arbeiten, die nicht gehintensiv seien; Arbeiten im Stehen oder Sitzen könnten ausgeübt werden (Urk. 8/202 S. 4

[= Urk. 3/3]).

E. 6

Mit Bericht vom 2. November 2017 führte

Dr. med. G.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, Ziel der Konsultation vom 31. Oktober 2017 in der Universitätsklinik H.____

sei bei persistierenden Beschwerden des Rückfusses links die Einholung einer Zweitmeinung gewesen. Die Beschwerdeführerin habe belastungsabhängige Schmerzen sowie eine gewisse Schwellungsneigung über dem lateralseitigen Rückfuss beschrieben. Das Gangbild und das Integument seien unauffällig gewesen. Es bestehe allenfalls eine diskrete Schwellung über dem lateralseitigen Rückfuss im Bereich des Calcaneocuboidal gelenkes . In der externen MRI- Bildgebung vom Mai 2017 habe sich neben der Pseudoarthrose eine deutliche Reizung der Gelenks fläche des Calcaneus zum Calcaneocuboidal gelenk

hin abbilden lassen. Es bestehe jedoch kein Hinweis auf eine Peroneal s ehnenläsion . Da die Beschwerdeführerin auf eine diagnostisch therapeutische Infiltration kurzzeitig mit Beschwerdefrei heit reagiert habe, bestehe bei einer Resektion der Pseudoarthrose die Chance einer Beschwerdelinderung; diese werde daher empfohlen (Urk. 8/91) .

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