

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00058**

## **vom 4. Januar 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-01-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00058](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00058)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00058 du 4 janvier 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00058 del 4 gennaio 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

5. September bis 17. Dezember 2020 zu 50 % übernommen und erst ab 18. Dezember 2020 eingestellt werden, und wies die Einsprache im Übrigen ab (Urk. 8/A39 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

#### **E. 1.2**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_ 674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1 ).

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\_ 64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_44/2021 vom 5. März 2021 E. 5.2 mit Hinweisen).

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 vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

### **E. 1.3**

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

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner 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 Versicherungsvertragspartner allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall 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 versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 3. März 2021 Beschwerde gegen den Einspruch vom 16. Februar 2021 (Urk. 2) und beantragte dessen Aufhebung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, eventualiter die Sistierung des Verfahrens, bis die ärztlichen Abklärungen abgeschlossen seien, subeventualiter die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines fachorthopädischen Gutachtens und neuer Entscheidung über seine gesetzlichen Ansprüche (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2021 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die teilweise Gutheissung der Beschwerde hinsichtlich der Frage des Endzustandes und die Abweisung der Beschwerde hinsichtlich der Einstellung der Taggelderleistungen. Der

Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 31. Mai 2021 (Urk. 13) an seinen Anträgen fest und reichte einen weiteren Arztbericht (Urk. 14) ein. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 6. Juli 2021 (Urk. 17) ebenfalls an ihren Anträgen fest und reichte einen Arztbericht (Urk. 18) ein. Die Rechtsschriften wurden den Parteien mit Verfügung vom 8. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) im Wesentlichen wie folgt: Es sei vorliegend nicht strittig, ob ein Kausalzusammenhang zwischen der Instabilität am rechten oberen Sprunggelenk (OSG) und dem Unfallereignis vom 13. Januar 2020 bestehe. Gestützt auf die ärztlichen Beurteilungen sei jedoch erst ab 18. Dezember 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen, ebenso sei eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit externer Stabilisation gerechtfertigt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei die im Raum stehende operative Stabilisierung des rechten Sprunggelenks spruchreif, weshalb der Fall diesbezüglich nicht abgeschlossen werden könne. Deshalb seien mit Blick auf diese bevorstehende Operation (Stabilisierung des rechten OSG) zum jetzigen Zeitpunkt die entsprechenden Abklärungen und Behandlungen wieder zu übernehmen (S. 6).

Hinsichtlich der Einstellung der Taggelderleistungen sei gestützt auf die medizinischen Einschätzungen zunächst von einer 50 % igen anstelle einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2020 stellenlos gewesen sei und somit im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt jeglicher angepassten Tätigkeit hätte nachgehen können, würden die Taggelder per 17. Dezember 2020 eingestellt (S. 6 Ziff. 2.3.3).

Es sei präzisierend festzuhalten, dass der Endzustand nicht bereits am 15. September 2020 eingetreten sei. Dieser Zeitpunkt sei weiter abzuklären (Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), er sei nicht fahrtauglich und es sei kein medizinischer Endzustand erreicht. Die Instabilität im rechten OSG bestehe immer noch. Er sei weder angestammt noch angepasst voll arbeitsfähig (S.

4 Ziff.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen sind der Endzustand, wobei die Beschwerdegegnerin diesbezüglich bereits einräumt, dieser sei möglicherweise nicht erreicht, und der Anspruch des Beschwerdeführers auf Taggelder. 3. 3.1

Im Operationsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2020 (Urk. 8/M3) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Quetschtrauma distaler Unterschenkel rechts am 13. Januar 2020 mit und bei - klinisch Plegie distal der Wunde, Sensibilitätsstörung mit Hypästhesie der Fusssohle und Anästhesie des dorsalen Vorfusses und distal der Läsion, differentialdiagnostisch schwellungsbedingt - subkutanem Hämatom prätibial - Avulsionsfraktur der Talusrolle Der Beschwerdeführer habe angegeben, während der Arbeit mit einem Kollegen eine etwa 200 kg schwere Teigmaschine angehoben zu haben, welche ihm auf den distalen Unterschenkel gefallen sei (S. 1). Es sei die Indikation zu einer operativen Hämatomausräumung gestellt worden (S. 2 oben). 3.2

Im Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_

vom 14. Januar 2020 (Urk. 8/M4) wurde fest gehalten, gleichentags sei im Röntgenbild des rechten OSG eine Unregelmässigkeit der lateralen Talusrolle, keine Fraktur und eine regelrechte Artikulation, im Knie rechts keine Fraktur und eine regelrechte Artikulation sowie in der Computertomographie des rechten OSG eine minimst dislozierte Avulsionsfraktur der lateralen Trochlea

tali mit 1

mm breiter Kortikalisstufe festgestellt worden (S. 4). Postoperativ nach der Hämatomausräumung habe sich ein sockenförmiger Verlust der Sensibilität und Motorik ab dem proximalen Drittel des rechten Unterschenkels gezeigt und der Beschwerdeführer sei bei Verdacht auf eine schwere Neuropraxie der Nerven ins A.\_\_\_\_ verlegt worden (S.

1 unten

f.). 3.3

Vom 14. bis 29. Januar 2020 war der Beschwerdeführer im A.\_\_\_\_

hospitalisiert. Die Ärzte stellten mit Austrittsbericht vom 7. Februar 2020 (Urk. 8/M7) folgende Diagnosen (S. 1): - Quetschtrauma Unterschenkel rechts vom 13. Januar 2020 mit - vollständiger Anästhesie (dorsaler Vorfuss), Hypästhesie (Fusssohle) und vollständiger Plegie distal der Quetschwunde - Hämatomevakuierung und Redoneinlage am 13. Januar 2020 (Spital Z.\_\_\_\_) - Hautnekrose distaler Unterschenkel - Osteochondrosis dissecans laterale Trochlea

tali rechts - rezidivierende vasovagale Synkopen am 14. und 15. Januar 2020 - Status nach Hyperventilation mit Synkope im April 2015 mit unauffälliger Überwachung Als Ursache der Hypästhesie und Plegie seien am ehesten ein stumpfes Nerventrauma und eine Schwellung zu sehen. In der Magnetresonanztomographie vom 16. Januar 2020 habe sich keine Nervenläsion nachweisen lassen, ebenso sei eine intraartikuläre Fraktur ausgeschlossen worden. Bei fehlendem Bone

bruise sei der ossare Flake als Osteochondrosis dissecans interpretiert worden. Der Beschwerdeführer sei am 29. Januar 2020 schmerz kompensiert, mit trockenen Wundverhältnissen und stockmobil in die ambulante Weiterbetreuung entlassen worden (S. 2). 3.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 28. Februar 2020 (Urk. 8/M9) und stellte folgende Diagnosen (S. 1): - schweres Quetschtrauma am distalen anteromedialen Unterschenkel rechts am 13. Januar 2020 - Status nach Hämatomevakuierung und Redoneinlage am 13. Januar 2020, Osteochondrosis dissecans lateralis

trochlea

tali rechts (gemäss Bericht A.\_\_\_\_) - ausgeprägte Minderinnervation für sämtliche Bewegungen im Fussgelenk und der Zehen rechts funktioneller Genese mit dorsalbetonter Fühlstörung am rechten Fuss - Elektromyoneurographie (EMNG) : bis auf eine der Minderinnervation entsprechende starke Aktivitätsmusterleitung in den untersuchten Unterschenkelmuskeln normal. Es sei keine Nervenläsion objektivierbar. Die ausgeprägte Kraftminderung sei funktionell bedingt (S. 1). 3.5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt am A.\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 27. April 2020 (Urk. 8/M8) eine unklare Anästhesie (dorsaler Vorfuss), eine Hypästhesie (Fusssohle) und vollständige Plegie distal der Quetschwunde Fuss/OSG rechts sowie eine mediolaterale Instabilität und osteochondrale Läsion der lateralen Talus-Schulter rechts bei Status nach Quetsch-Trauma Unterschenkel rechts vom 13. Januar 2020 und Hämatomevakuierung und Redoneinlage am 13. Januar 2020 (S. 1). Bildgebend sei bis auf eine erhöhte Transparenz im Bereich der lateralen Talus-Schulter ein unauffälliger ossärer Befund gegeben. Es bestehe ein Os tibiale externum. Ein MRI des rechten Sprunggelenks und Unterschenkels habe eine osteochondrale Läsion der lateralen Talus-Schulter, eine Ruptur des ATFL

(Anterior talofibular

ligament) und CFL (Calcaneofibular

ligament) sowie eine Teilruptur des Delta-Bandapparates ergeben. Neurologisch habe keine Nervenläsion objektiviert werden können. Die bei der Untersuchung bestehende Dysästhesie und Plegie habe kein Korrelat in der neurologischen Untersuchung und sei als Inkonsistenz zu werten. Hier wäre eine psychosomatische Abklärung empfehlenswert. Weiter bestehe eine ausgeprägte Instabilität des OSG mit einem Knorpeldefekt. Zur Kausalität zu dem stattgefundenen Trauma könne anhand der gegebenen Unterlagen keine Stellung genommen werden. Unter Berücksichtigung der Inkonsistenz sei kein chirurgisches Vorgehen zu empfehlen, bis eine Besserung eingetreten sei (S. 2). 3.6

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Beratender Arzt der Beschwerdeführerin, untersuchte den Beschwerdeführer am 12. August 2020 und stellte in seinem Bericht vom 16. August 2020 (Urk. 8/M18) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.1): - mediale und laterale OSG-Instabilität rechts bei - Ruptur LFTA und LFC sowie Teilruptur Deltaband bei Status nach Distorsions- und Quetschtrauma Unterschenkel rechts vom 13. Januar 2020

Eine ebenfalls zu diagnostizierende unklare Hypästhesie des ventralen OSG ohne radiologisches und neurologisches Korrelat habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.2). Zum Befund hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer demonstrierte während der gesamten Untersuchung ein betont aggraviertes Schmerzverhalten, welches nicht mit den klinischen und radiologischen Befunden korrelierte (S. 3 Ziff. 3.1). Die Untersuchung der Füsse präsentiere eine seitengleiche Sohlenbeschwellung, keine Druckdolenzen über der Plantarfascie und keine Gabeldruckschmerzen über den Calcanei. Die Achillessehne stelle sich beidseits schlank, nicht verkürzt und ohne Tendinopathiezeichen dar. Nach Ablenkung zeigten sich eine druckindolente Tibialis

posterior und Peroneal sehen, eine unauffällig palpable Syndesmose sowie ein passiv freies Bewegungen aus mass. Bei der eigentlichen Untersuchung der Füße spanne der Beschwerdeführer massiv gegen, das OSG zeige sich so quasi kontrakt, jedoch in Spitzfussstellung, während es bei der vorherigen Gang- und Standdemonstration eine plantigrade (90°) Stellung eingenommen habe. Dies erschwere die Untersuchung, die jeweils immer nur bei Ablenkung habe erfolgen können. Weiter beschreibe der Beschwerdeführer eine geringe Hypästhesie über der rechten ventralen distalen Tibia bis in die Zehen. Hier werde ein aufgehobenes Tast-, Druck- und Temperaturempfinden beschrieben. Er reagiere jedoch physiologisch auf eine unerwartete Kitzelstimulation. Ansonsten finde sich über den oberen und unteren Extremitäten kein Anhalt für eine Hypästhesie (S. 5 Ziff. 3.3).

Aufgrund der übertrieben vorgetäuschten neurologischen Symptomatik sei eine operative Stabilisierung zunächst abgelehnt worden. Eine Einschätzung des bis herigen Verlaufs gestalte sich schwierig, da es äusserst mühsam sei, zwischen den aggravierten demonstrierten Befunden und dem vorgetäuschten Fehlbefunden einen einigermaßen zutreffenden Status zu erheben. Die Fussheber- und Senkerparesen stellten sich im Vergleich zur dokumentierten letzten neurologischen Untersuchung verschlechtert dar, jedoch werde der Fuss aktiv in Nullstellung gehalten, ein Einbeinstand sei möglich. Bei Untersuchung des Bewegungsapparates spanne der Beschwerdeführer gegen, um eine Kontraktur vorzutäuschen, nach Ablenkung präsentiere sich ein komplettes Bewegungsausmass. Es bestehe somit weder ein Kraftlimit noch ein eingeschränktes Bewegungsausmass. Bei einer (demonstrierten) Fussheber- und Senkerparese müsste es zu rezidivierenden Stolperstürzen kommen. Das dagegen demonstrierte plantigrade Aufsetzen des Fusses widerspreche dem demonstrierten semikontrakten Spitzfuss. Das aggraviert dargestellte Schmerz- und Erschöpfungsverhalten sei nicht glaubhaft. Der Beschwerdeführer sei an Unterarmgehstöcken erschienen, könne sich ohne diese in der Wohnung bewegen, sei jedoch nicht in der Lage, mehr als zwei Schritte während der Untersuchung zu gehen. Auch gebe es für das beschriebene vom Fuss in den Bauch aufsteigende Schmerz- und Schwindelsyndrom keinen Zusammenhang mit einer Aussenband- und partiellen Innenbandruptur. Die nahezu seitengleiche Sohlenbeschwellung und Schuhsohlenabdrücke korrelierten nicht mit dem demonstrierten hinkenden Gangbild. Die palmare Handbeschwellung korreliere nicht mit dem Gebrauch von Unterarmgehstöcken mehr als sechs Monate. Die eingeschränkte Schulterabduktion und der eingeschränkte Faustschluss aufgrund von Nackenverspannungen sei bei weicher Muskulatur nicht glaubhaft. Das Abduktionslimit des rechten Armes und das rechtsseitige Faustschlusslimit durch suprascapuläre Muskelschmerzen bei weicher Muskulatur seien physiologisch nicht nachvollziehbar. Die beschriebenen Blitze und Stromstösse sowie die Hypästhesie - mit intakter Kitzelreaktion - korrelierten nicht mit den radiologischen und neurologischen Befunden. Für die beschriebenen Blau- und Schwarzfärbungen des Fusses gebe es keine plausible Erklärung im Zusammenhang mit den Bandläsionen (S. 6 f. Ziff. 5.1-2). Für die angestammte Tätigkeit als Logistiker (vgl. S. 1) bestehe nach Aussen- und partieller Innenbandruptur eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Bei subjektivem Instabilitätsgefühl empfehle sich das Tragen einer Bandage. Gehstrecken von über einer Stunde sollten vermieden werden, seien nach Angaben des Beschwerdeführers in seiner Tätigkeit jedoch nicht enthalten. Für angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das Besteigen von Gerüsten und Leitern, Gehstrecken von über einer Stunde sowie das Gehen auf unebenem Terrain sollten aus dem Profil ausgeschlossen werden (S. 7 Ziff. 6). Zum Endzustand hielt Dr.

D.\_\_\_\_ fest, eine namhafte Besserung der Instabilität sei durch konservative Therapie nicht zu erwarten. Von einer operativen Stabilisierung sei aufgrund der offensichtlich vorliegenden psychosomatischen Komponente mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung vorerst abzuraten. Sollte sich dieser Zustand ändern und eine Operation möglich sein, wäre dieser Eingriff unfallkausal (S. 7 Ziff. 7). 3.7

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, führte in ihrer Stellungnahme vom 10. Oktober 2020 (Urk. 8/M19) aus, der Unfall vom 13. Januar 2020 habe zu einem ausgedehnten Hämatom am rechten Unterschenkel distal medial prätibial sowie zu ausgedehnten Muskelhämatomen im Musculus tibialis anterior, extensor

hallucis longus und extensor digitorum überwiegend am proximalen Unterschenkel geführt. Diese Muskelhämatome seien mit MRI-Untersuchung vom 19. Februar 2020 als noch residuelles Ödem im Muskelbauch dokumentiert, mit zusätzlich im Verlauf zunehmendem intramuskulärem Ödem vom Musculus tibialis

posterior in mittlerer Höhe des rechten Unterschenkels. Während der Nervus tibialis über die gesamte Länge von der Kniekehle bis weit nach distal reizlos und bildgebend regelrecht verfolgt werden können, sei MR-tomographisch dokumentiert, dass die tiefen Äste des Nervus

peroneus zwischen der ödematös veränderten Muskulatur über längere Strecken verliefen. Weiter habe der Unfall zu einer Ruptur der Ligamenta fibulotalare anterius und fibulocalcaneara sowie Teilruptur des Deltabandapparates mit konsekutiver unfallkausaler Instabilität des rechten oberen Sprunggelenks geführt, zudem zu einem Hämarthros (Blut im Gelenk) im oberen Sprunggelenk, weniger im unteren Sprunggelenk (S. 4). Eine vorübergehende Symptomatologie mit neurologischen respektive als neurologisch empfundenen Beschwerden sei mit den bildgebenden Befunden mehrfach dokumentiert, wobei hier die Muskelhämatome massgebend gewesen seien. Anlässlich der Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführer nur noch eine geringe Hypästhesie über der rechten ventralen distalen Tibia bis in die Zehen, in denen ein aufgehobenes Tast-, Druck- und Temperaturempfinden angegeben worden sei, gezeigt. Es handle sich somit um einen objektivierbaren regredienten Befund. Es sei bei allem Verständnis für die mehrfach dokumentierte, als aggraviert beurteilte Beschwerdesymptomatik, welche erfahrungsgemäss mit vorliegend soziokulturellem Hintergrund sehr häufig vorliege, sowohl in der Formulierung der Zumutbarkeit wie auch der Arbeitsfähigkeit die unfallkausale Instabilität des rechten oberen Sprunggelenks und die stattgehabte Weichteilkontusion zu berücksichtigen. Tatsache sei, dass der Beschwerdeführer seitens der unfallkausal resultierenden Instabilität im rechten oberen Sprunggelenk bis aktuell nicht adäquat versorgt sei. Es seien Massnahmen zu ergreifen, um die Situation zu verbessern. Es biete sich eine stationäre Rehabilitation an, eine physiotherapeutische Intensivierung mit gegebenenfalls psychiatrischer Unterstützung und einer intensiven ärztlichen Führung/Überwachung der Therapien, so dass in einem vernünftigen Zeitraum die Instabilität operativ versorgt werden könne. Der Fall könne nicht einfach abgeschlossen werden. Eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit präsentiere der Beschwerdeführer in der vorliegenden Situation nicht. Die Arbeitsfähigkeit müsse schrittweise gesteigert werden mit zu Beginn 50%iger Beschäftigung (S. 4 f.).

Zusätzlich sei eine nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Osteochondrosis dissecans an der rechten Talusrolle dokumentiert. Bei dem beschriebenen Befund mit falsch

antrainiertem Gang ohne Abrollen des rechten Fusses über einen Zeitraum von nun rund 10 Monaten könne ohne Ausschöpfen zumindest konservativer Therapiemassnahmen kein Fallabschluss erzwungen werden. Die Arztberichte skizzieren keine volle Arbeitsfähigkeit und sowohl die Zumutbarkeit als auch die Arbeitsfähigkeit seien formuliert worden mit der Argumentation, die geklagten Beschwerden seien nicht glaubhaft und eine Nervenläsion sei ausgeschlossen an der unteren rechten Extremität. Das bildgebend nachgewiesene erhebliche Weichteiltrauma, die unfallkausal resultierende Instabilität im rechten oberen Sprunggelenk sowie der sich präsentierende klinische Befund seien ungenügend in die Beurteilung einbezogen worden. Dies sei nicht korrekt, zumal bereits mit einigen konservativen Massnahmen eine Verbesserung des Allgemeinzustandes überwiegend wahrscheinlich erreicht werden könne (S. 5). 3.8

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ stellten mit Bericht vom 23. November 2020 (Urk. 8/M20) folgende Diagnosen (S. 1): - mediolaterale OSG-Instabilität und osteochondrale Läsion der lateralen Talusschulter rechts bei Status nach Quetschtrauma Unterschenkel rechts vom 13. Januar 2020 - Status nach Hämatomevakuierung und Redoneinlage am 13. Januar 2020 - Status nach unklarer Anästhesie dorsaler Vorfuß, Hypästhesie Fusssohle und vollständige Plegie distal der Quetschwunde Fuss/OSG rechts nach Trauma vom 13. Januar 2020, aktuell komplett regredient Der Patient berichtet über einen schleppenden Verlauf. Die Gefühlsstörung sei komplett, die Schmerzen ebenfalls deutlich rückläufig, jedoch bestünden bei Belastung ohne Gehstöcke Schmerzen im Bereich des Rückfusses. Durch das hinkende Gangbild fühle sich der Beschwerdeführer deutlich in der Lebensqualität eingeschränkt (S. 1). Nach Belastung bestünden insbesondere Beschwerden anteromedial-zentral über dem OSG sowie lateralen Bandapparat. Die Arbeit als Pizzakurier habe der Beschwerdeführer ausüben können. Er sei seit dem Unfall nicht mehr arbeitstätig (S. 2 oben). Die Dysästhesie und Plegie seien vollständig regredient. Es bestünden deutlich einschränkende Beschwerden im Bereich des OSG. Klinisch zeige sich aktuell keine Instabilität. Sollte sich bildgebend noch ein deutliches Knochenmarksödem im Bereich der osteochondralen Läsion an der lateralen Talusschulter zeigen, würde die Indikation für eine OSG-Arthroskopie mit Débridement, anterolaterale Arthrotomie sowie Behandlung des Knorpeldefekts bestehen. Sollten sich stabile Verhältnisse zeigen, empfehle man weiterhin ein konservatives Vorgehen bei Abwesenheit einer ligamentären Instabilität (S. 2). 3.9

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte am 17. Dezember 2020 (Urk. 8/M21) auf Anfrage der Beschwerdegegnerin aus, der Beschwerdeführer habe sich aus finanziellen Gründen nicht in der Lage gesehen, weitere physiotherapeutische Massnahmen in Anspruch zu nehmen. Er habe seine Anstellung verloren und bei persistierender Arbeitsunfähigkeit keine Arbeitslosenentschädigung bezogen, weshalb er auf weitere Behandlung seines Fussleidens habe verzichten müssen. Über die vergangenen drei Monate sei es dennoch zu einer Besserung des Beschwerdebilds gekommen, so dass er zunehmend auf seine Stöcke habe verzichten können, wenn auch noch nicht vollständig, und auch die Schmerzen unter Basisanalgesie rückläufig seien. Aktuell störe den Beschwerdeführer insbesondere noch die Instabilität im oberen Sprunggelenk. Vor allem nach längerer Belastung komme es abends zu lokaler Schwellung mit Schmerzen. Es sei deshalb eine erneute Zuweisung zu Dr. C.\_\_\_\_ mit der Frage nach der operativen Versorgung der Instabilität erfolgt (S. 1).

Die Arbeitsfähigkeit sei schwierig zu beurteilen. Einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer sicherlich nachgehen. Hinsichtlich einer vorwiegend

stehenden Arbeit mit schwerem Lastentragen sowie auf grosse Höhen steigen und Ähnlichem bestehe aufgrund der Instabilität im oberen Sprunggelenk keine Arbeitsfähigkeit (S. 1). 3.10

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte am 7. Januar 2021 (Urk. 8/M22) aus, er könne die Schlussfolgerungen von Dr. D.\_\_\_\_ was die Arbeitsfähigkeit angehe auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass anlässlich der Untersuchung Inkonsistenzen, Zeichen einer gewissen Aggravation und eine funktionelle Überlagerung nachweisbar gewesen seien, nicht teilen. Es handle sich um ein erhebliches Trauma mit Kontusionierung des distalen Unterschenkels und partiellem Décollement der Weichteile, verbunden mit Rupturen des Ligamentum fibulotalare anterius, des Ligamentum fibulocalcaneare sowie einer partiellen Bandläsion medial des Ligamentum deltoideum. Aufgrund der letzteren Verletzungen resultiere bis heute eine erhebliche Instabilität des rechten Sprunggelenks, die klinisch und radiologisch eindeutig nachweisbar sei. Er sei mit Dr. D.\_\_\_\_ einer Meinung, dass zum Zeitpunkt seiner Untersuchung eine operative Stabilisierung noch nicht angezeigt gewesen sei bis zur Beruhigung des heftigen Schmerzzustandes und einer Verbesserung der Beweglichkeit des Sprunggelenkes (S. 1). Auf die Tatsache, dass am distalen Unterschenkel primär ein partielles Décollement bestanden habe, werde in der Beurteilung durch

Dr. D.\_\_\_\_ nicht eingegangen. Es handle sich dabei um eine Ablederung von 15-20 cm<sup>2</sup>, wobei es im Verlauf des Heilungsprozesses sehr häufig zu Adhäsionen der Haut und Unterhaut mit den Muskelfaszien komme, was bei Bewegung des Sprunggelenks zu Irritationen sensibler Nervenfasern und erheblichen Schmerzen führen könne, insbesondere bei Abrollbewegungen des Fusses (S. 1 unten f.). Bedingt durch diese Situation, beruhend auf der allgemeinen Erfahrung nach solchen Verletzungen, habe zum Zeitpunkt der Untersuchung im August 2020 noch keine volle Arbeitsfähigkeit als Pizza kurier bestanden. Unter Anwendung stabilisierender Massnahmen bezüglich Sprunggelenk wäre von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit wie folgt: 50% zum Untersuchungszeitpunkt bei Dr. D.\_\_\_\_, 0% ab 18. Dezember 2020 für die angestammte Tätigkeit. Für eine angepasste weitgehend sitzende Tätigkeit bestehe eine sofortige Arbeitsfähigkeit, dies aber unter Anwendung äusserer stabilisierender Massnahmen am Sprunggelenk (S. 2 oben). Überwiegend unfallfremd finde sich an der lateralen Talusschulter eine Osteochondrosis dissecans. Bei Fehlen eines Bone

bruise korrespondierend zu dieser osteochondralen Läsion sei überwiegend wahrscheinlich von Krankheitsgründen auszugehen. Zwischenzeitlich, seit der Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_, habe sich die Situation am rechten Sprunggelenk deutlich verbessert. Die über mehrere Monate geklagten Gefühlsstörungen im Unterschenkel- und Fussbereich seien gemäss Bericht des A.\_\_\_\_

komplett rückläufig und die bei Belastung bestehenden Schmerzen hätten sich ebenfalls stark zurückgebildet. Es verbleibe gemäss Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2020 eine weiterbestehende Instabilität. Damit wäre eine volle Arbeitsfähigkeit auch im angestammten Beruf unter Anwendung einer externen Stabilisation des Sprunggelenkes zum Beispiel mit Künzli-Ortho-Schuhen wieder zumutbar. Weiter sei richtig, dass jetzt abzuklären sei, ob eine operative Stabilisierung des rechten Sprunggelenks spruchreif sei und damit der Fallabschluss noch nicht erfolgen könne. Die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_, wonach eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf noch nicht erreicht sei, sei nachvollziehbar (S. 2). 3.11

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gemässigkeit der Verfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind für die nachfolgend erwähnten ärztlichen Unterlagen erfüllt, weshalb sie Berücksichtigung finden. 3.12

Ein am 20. Mai 2021 durchgeführtes MRI des rechten Sprunggelenks ergab einen Status nach osteochondraler Läsion der lateralen Talusschulter mit progredientem zystischem Umbau/Geröllzysten, ödemäquivalentem Signal und weiterhin darüber liegenden Knorpeldefekten bis auf die Grenzlamelle im Sinne einer sekundären Arthrose, eine residuelle Verdickung, differentialdiagnostisch eine beginnende narbige Verdickung des Ligamentum fibulotalare anterius und Ligamentum fibulokalkaneare sowie des Deltaband-Komplexes, differentialdiagnostisch prädisponierend für ein Impingement, sowie ein Os tibiale externum mit aktivierter Synchondrose (Urk. 14). 3.13

Die Ärztinnen des A.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 31. Mai 2021 (Urk. 18) eine symptomatische osteochondrale Läsion der lateralen Talusschulter rechts bei Status nach Quetschtrauma Unterschenkel rechts mit medialer und lateraler Bandverletzung am 13. Januar 2020 und Quetschwunde Fuss/OSG rechts sowie einen Status nach unklarer Anästhesie dorsaler Vorfuss und Hypästhesie Fusssohle mit partieller Plegie, aktuell komplett regredient (S. 1). Der Beschwerdeführer berichtet, dass er von Seiten der Sensibilitätsstörung soweit keine Probleme mehr habe, es gebe noch eine diskrete Hyposensibilität im Bereich der ehemaligen Wunde bei Quetschtrauma. Im Bereich des Fusses sei die Motorik wie auch die Sensibilität wieder völlig normal. Allerdings berichtet er, dass er weiterhin Schmerzen im Sprunggelenk habe, vor allem bei Belastung. In Ruhe habe er keine Schmerzen. Aufgrund dieser Schmerzen könne er nicht mehr richtig laufen und versuche den Fuss beim Laufen etwas zu entlasten. Seine Arbeitstätigkeit als Pizzakurier habe er seit dem Unfall nicht mehr aufnehmen können. Er sei aktuell auf Arbeitssuche (S. 1). Die aktuellen Beschwerden seien im Rahmen der durch den Unfall verursachten osteochondralen Läsion zu interpretieren. Das Flake, welches auf den initialen Röntgen- und CT-Bildern gut sichtbar sei, sei soweit am Ort eingeeilt, allerdings hätten sich in diesem Bereich subchondrale Zysten und ein gewisser Knorpel Schaden entwickelt. Eine Instabilität liege nicht vor. Aufgrund der persistierenden Beschwerden könne man dem Beschwerdeführer eine operative Versorgung anbieten. Hier wäre eine initiale OSG-Arthroskopie mit anschliessender antero lateraler Arthrotomie, aus Kürettage der zystischen Läsion mit im Anschluss Auffüllen des Defektes mit Spongiosa aus der proximalen Tibia und anschliessender AMIC-Plastik geplant. Der Beschwerdeführer werde sich den Eingriff überlegen (S. 2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin anerkennt, dass der Endzustand noch nicht erreicht und näher abzuklären ist (vgl. vorstehend E.

2.1). Dies steht im Einklang mit der Aktenlage:

Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

3.5) stellte im April 2020 eine ausgeprägte Instabilität des OSG, jedoch auch erhebliche Inkonsistenzen fest. Auf diese wies auch Dr. D.\_\_\_\_ hin und hielt fest, dass es äusserst mühsam sei, zwischen den aggravierten demonstrativen Befunden und den nach seiner Einschätzung vorgetäuschten Fehlbefunden einen zutreffenden Status zu erheben. Er riet vorerst von einer operativen Stabilisierung ab, schloss sie jedoch nicht aus (vgl. vorstehend E. 3.6). Dr. E.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass die Verletzung bislang nicht adäquat versorgt sei, und erachtete eine stationäre Rehabilitation sowie eine physiotherapeutische Intensivierung mit gegebenenfalls psychischer Unterstützung und einer intensiven Überwachung der Therapien als angezeigt, um die operative Versorgung anzugehen (vgl. vorstehend E. 3.7). Bei dieser Sachlage kann der Endzustand nicht als per 15. September 2020 erreicht betrachtet werden, vielmehr ist weiterhin unklar, welche Beeinträchtigungen in welchem Umfang bestehen. Dies ergibt sich auch aus den weiteren Berichten: Im November 2020 waren die Dysästhesie und Plegie vollständig regredient, klinisch habe sich keine Instabilität, aber deutlich einschränkende Beschwerden im Bereich des OSG gezeigt. Bei stabilen Verhältnissen empfehle man ein konservatives Vorgehen, ansonsten eine Arthroskopie mit Débridement (vgl. vorstehend E. 3.8). Dr. G.\_\_\_\_ bestätigte sodann, dass noch kein Fallabschluss möglich sei (vgl. vorstehend E. 3.10). Die Ärztinnen des A.\_\_\_\_ erachteten eine operative Versorgung als angezeigt, obwohl sie keine Instabilität feststellten (vgl. vorstehend E. 3.13).

#### 4.2

Ist der Zeitpunkt des Fallabschlusses noch unklar und mithin die Frage, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, noch nicht beantwortet, so kann auch über die Arbeitsfähigkeit noch keine definitive Aussage gemacht werden. Denn 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 (vgl. vorstehend E. 1.2). Vorliegend kann diesbezüglich nicht auf die Einschätzung durch

Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Diese wird durch die von Dr. G.\_\_\_\_ verfasste Stellungnahme erheblich in Frage gestellt, hielt dieser doch ausdrücklich fest, er könne die Einschätzung durch

Dr. D.\_\_\_\_, was die Arbeitsfähigkeit angehe, nicht teilen, und erachtete eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im September 2020 und von 0 % ab Dezember 2018 als zumutbar, dies bei Anwendung stabilisierender Massnahmen. Eine angepasste Tätigkeit sei sofort voll zumutbar, ebenso in der angestammten Tätigkeit, sofern eine Stabilisierung mit entsprechendem Schuhwerk erfolge. Gleichzeitig schloss sich Dr. G.\_\_\_\_ der Beurteilung durch

Dr. E.\_\_\_\_, dass eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf noch nicht erreicht sei, an (vgl. vorstehend E. 3.10). Dies stellt keine nachvollziehbare Einschätzung dar.

Die Ärztinnen des A.\_\_\_\_ verneinten überdies weiterhin eine Instabilität und führten die Beeinträchtigung auf andere Beschwerden am Fuss (osteocondrale Läsion, subcondrale Zysten und ein gewisser Knorpelschaden) zurück. Ob auch diese Beeinträchtigungen anhand von Stabilitäts- Hilfsmitteln

soweit behoben werden können, dass eine substantielle Arbeitsfähigkeit anzunehmen wäre, ist nicht klar ersichtlich. Gleichzeitig bestehen jedoch Hinweise auf erhebliche Inkonsistenzen. Somit erlaubt die Aktenlage auch hinsichtlich der Frage der Arbeitsfähigkeit keine verlässlichen Antworten, weshalb die Einstellung der Taggelder aktuell nicht bestätigt werden kann.

Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid in der Sache. 5. 5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beschwerde erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1).

5.2

Vorliegend blieb die Frage nach dem Zeitpunkt des Endzustands und der Arbeitsfähigkeit bislang ungeklärt. Es ist deshalb angezeigt, die Sache zur Einholung eines fachärztlichen Gutachtens, welches sich insbesondere zu den Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten, zu allfälligen Inkonsistenzen sowie zum Bestand und Verlauf einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit zu äussern haben wird, und zur anschliessenden neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Das Verfahren ist kostenlos. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer)

und ist vorliegend auf Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Februar 2021 aufgehoben und die Sache an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab 15. September 2020 e

ntscheide. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Diane Günthart - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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, 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-MartensLienhard

#### **E. 7**

S. 3). Offen sei nur noch die Frage, ob bezüglich der Instabilität ein operativer Eingriff zu erfolgen habe oder nicht (S. 3 Ziff. 4.1). Es lägen keine medizinischen Akten vor, die eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 1 8. Dezember 2020 belegen würden, weshalb keine weiteren Taggelder geschuldet seien (S. 4 Ziff. 4.3).

Es sei die Aktenlage zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides massgeblich. Ob allenfalls nach dem 1 6. Februar 2021 beziehungsweise zukünftig wiederum eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, wäre ebenfalls Gegenstand weiterer Abklärungen und nicht Verfahrensgegenstand, wobei dem aktuellsten Bericht diesbezüglich nichts entnommen werden könne. Es sei deshalb an der Einstellung der Taggelder per 1 8. Dezember 2020 festzuhalten ( Urk. 17 S. 2).

#### **E. 9**

10). Er habe aufgrund der Leistungseinstellung sämtliche konservativen Behandlungen abgebrochen, da er sich den Selbstbehalt nicht leisten könne. Dies habe zu einer deutlichen Verschlechterung geführt (S. 6 Ziff. 15). Er habe auch über den 1 5. September 2020 hinaus Anspruch auf Taggelder und Heilbehandlung (S. 7 Ziff. 17).

Die Parteien seien sich nun einig, dass der Endzustand nicht erreicht sei. Es sei ein weiterer operativer Eingriff notwendig ( Urk.

#### **E. 13**

S. 3 Ziff. 3-4). Strittig bleibe die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit. Er habe bei vermehrter Belastung wieder mehr Schmerzen und könne den Fuss nicht richtig belasten (S. 3 Ziff. 5). Es sei nach wie vor unklar, ob die Instabilität noch bestehe und wie sie sich auf die Beschwerden auswirke. Die aktuelle Aktenlage erlaube keine abschliessende Stellungnahme (S. 4 Ziff. 5-8).

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