

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00155 vom 23. Dezember 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00155 du 23 décembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00155 del 23 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, war zuletzt als Pflegehelferin SRK in einem Pensum von 20 % für die Y.____ AG tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Schadenmeldung vom 21. November 2019 wurde der Suva angezeigt, dass die Versicherte am 23. Oktober 2019 beim Wandern /Spazieren auf einer Treppe gestürzt sei und sich das linke Fussgelenk gebrochen habe (Urk. 8/1). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.____ in A.____ (Urk. 8/1) diagnostizierten einen Status nach Trimalleolarfraktur links und führten am 24. Oktober 2019 eine offene Reposition und Osteosynthese durch (Urk. 8/18; vgl. auch Urk. 8/15). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 8/70). Sie tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und liess die Versicherte am 7. Januar 2021 vom Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchen (Urk. 8/172). Mit Schreiben vom 4. März 2021 teilte die Suva die Einstellung der Taggeld- und Heilkostenleistungen per 31. März 2021 mit (Urk. 8/200). Die Suva berechnete danach die weiteren Leistungen und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 4. Mai 2021 (Urk. 8/231) eine Rente von 14 % sowie eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 15 % in Höhe von Fr. 22'230.- zu (vgl. Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen vom 3. Mai 2021, Urk. 8/228). Die hier gegen erhobene Einsprache der Versicherten vom 19. Mai 2021 (Urk. 8/244) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 23. Juni 2021 ab (Urk. 8/248 = Urk. 2).

E. 2

5. August 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.2

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 zu mutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

E. 2.3

2.3.1

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt worden, 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 die Tabellenlöhne

gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) beigezogen werden (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3, 129 V 472 E. 4.2.1).

2.3.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-c). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 1b E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des

Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen) .

E. 2.4

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 Versicherungsvertrags träger alleine 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). 3.

3.1

Die Beschwerdeführerin stürzte am 23. Oktober 2019 im Urlaub in England auf der Treppe beim Wandern/Spazieren (Urk. 1) und zog sich dabei eine Trimalleolarfraktur links zu, welche am 24. Oktober 2019 operativ versorgt wurde (Urk. 8/18).

Anlässlich der Erstkonsultation bei Dr. C.____ am 17. Dezember 2019 konstatierte dieser, dass die Nachbehandlung sicher etwas konservativ gewesen sei und die Motilität des Rückfusses stark eingeschränkt sei. Es würden jetzt Physiotherapie zur Steigerung der Rückfussmobilisation, abschwellende Massnahmen und propriozeptives Training initialisiert. Statt der Orthese habe er eine Schnürbandage abgegeben, die Belastung dürfe sukzessive gesteigert werden (Urk. 7/15).

In der Folge verzögerte

sich der Heilungsverlauf (vgl. Berichte von Dr. C.____

vom 9. Januar, 4. Februar, 17. und 24. März 2020, Urk. 8/28, Urk. 8/44, Urk. 8/64, Urk. 8/69/3; Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie vom 11. März 2020, Urk. 8/55; Konsolidationskontrolle Klinik F.____ vom 20. März 2020, Urk. 8/58). Am 31. März 2020 erfolgte die Osteosynthesematerialentfernung am Malleolus

medialis, lateralis und posterior Sprunggelenk links durch Dr. C.____ (Urk. 8/76-77).

Anlässlich der Kontrolle vom 20. April 2020 führte Dr. C.____ aus, dass die Fadenentfernung erfolgt sei und die Physiotherapie begonnen werden könne. Zudem bestünden mässige Dysästhesien im Narbenbereich lateral, hier seien desensibilisierende Massnahmen durchzuführen, die Narbenbehandlung werde in ca. einer Woche begonnen. Die Orthese könne ab sofort weggelassen werden, es erfolge ein rascher Übergang auf volle

Belastung (Urk. 8/90). Der Heilverlauf verzögerte sich in der Folge erneut . Anfänglich hätten eine deutliche Empfindlichkeit im Narbenbereich und intraartikuläre, nozizeptive Schmerzen

bestanden (Berichte

vom 25. Mai, 18. und 25. Juni, 10. August

2020, Urk. 8/97, Urk. 8/107, Urk. 8/110, Urk. 8/115), welche sich zu anhaltenden, vorwiegend neuropathischen Schmerzen am linken Rückfuss sowie zunehmend symptomatischen Gelenkschmerzen tibio-talar entwickelt hätten (Berichte vom 17. und 26. August 2020, Urk. 8/125, Urk. 8/131). 3.2

Die Beschwerdeführerin befand sich vom 19. Oktober bis zum 20. November 2020 in der Rehaklinik D.____ in Behandlung. Im Austrittsbericht vom 2. Dezember 2020 notierten die Behandler folgende Probleme bei Austritt (Urk. 8/152/3): - Eingeschränkte Mobilität (ohne Stöcke 10 bis

E. 7

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-256), worüber die Beschwerdeführerin am 30. August 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9). 3.

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

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid dafür, dass die bisherige Tätigkeit als Pflegehelferin unbestritten nicht mehr zumutbar sei. Gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. B.____ sei der Beschwerdeführerin eine leichte wechselbelastende Tätigkeit vollzeitlich zumutbar. Darüber hinaus stünden die psychischen Beschwerden offensichtlich und unbestritten in keinem adäquaten Zusammenhang zum Unfall vom 23. Oktober 2019, so dass sich daraus kein Leistungsanspruch der Unfallversicherung ergebe. Für die Ermittlung des Invalideneinkommens sei der Tabellenlohn der Tabelle TA1

für Hilfsarbeiterinnen der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Bereinigt um die Nominallohntwicklung sowie die betriebsübliche Arbeitszeit resultiere daraus ein Jahreslohn von Fr. 56'004.-- für das Jahr 2021. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Einschränkungen der Beschwerdeführerin rechtfertige sich ein leistungsbedingter Abzug von 5%, woraus ein anrechenbares Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 53'204.-- resultiere. Für das Invalideneinkommen sei auf den Tabellenlohn für Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen im Kompetenzniveau 1 abzustellen.

Umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit und unter Berücksichtigung der Nominallohntwicklung resultiere ein Jahreslohn 2021 von Fr. 62'091.--. Stelle man das Invalideneinkommen gegenüber, so resultiere eine Erwerbseinbusse bzw. Invaliditätsgrad von rund 14% (Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. B.____ bestünden. Seine Ausführungen, dass die Budapester-Kriterien nicht erfüllt und damit kein CRPS zu diagnostizieren sei, seien widersprüchlich und unzutreffend. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische

Chirurgie/Fusschirurgie, widerspreche dem und diagnostiziere ein CRPS. Auch die vollzeitige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar. Die Behandler der Rehaklinik D.____ hätten ausgeführt, dass sie die Arbeitsfähigkeit noch nicht endgültig bestimmen könnten, zumal noch Stöcke eingesetzt würden. Die Untersuchung des Kreis arztes sei lediglich sechs Wochen später erfolgt. Darüber hinaus sei nicht schlüssig, dass trotz der hochgradigen Einschränkungen im Sprunggelenk eine ganztägige wechselbelastende Tätigkeit zumutbar sein soll - Dr. B.____ setze sich weder mit den Einschränkungen beim Gehen oder Stehen auseinander und eine Auseinandersetzung mit dem Bericht der Rehaklinik D.____ fehle. Selbst unter Annahme, dass auf den Bericht von Dr. B.____ abgestellt werden könne, falle der leidens bedingte Abzug von 5 % zu tief aus - entsprechend resultiere auch ein höherer Invaliditätsgrad (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin ergänzte in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. August 2021, dass der neu ins Recht gelegte Bericht von Dr. C.____ keine Zweifel zu wecken vermöge. Er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 17. Dezember 2019, wieso er erst jetzt ein CRPS diagnostiziere, bleibe unklar. Auch seine Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit seien undifferenziert und nicht nachvollziehbar - damit könnten keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. B.____ erhoben werden (Urk. 7). 2.

2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 12

Schritte, ansonsten mit zwei

Unterarmgehstöcken max. 30 Min.) - Angst vor Belastung des linken Fusses - Belastungsabhängig zunehmende Schmerzen Fuss links, ausstrahlend bis linke Körperhälfte - Allodynie Fuss links - Eingeschränkte Beweglichkeit Fuss links - Verändertes Nagelwachstum Fuss links - Belastungsabhängige Schmerzen Fuss und Knie rechts - Kopfschmerzen - Vergesslichkeit - Durchschlafprobleme, Alpträume

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mittelschwere arbeitsrelevante Leistungs minderung. Aus unfallkausaler Sicht sei die Tätigkeit als Pflegehelferin aktuell nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch, da es sich um eine mittel schwere, vorwiegend gehend-stehende Tätigkeit handle. Die Zumutbarkeit für eine angepasste Tätigkeit könne noch nicht festgelegt werden, da die medizinische

Behandlungsphase noch andauere (CRPS-Kriterien noch erfüllt, weiter Stock ab bau; Urk. 8/152/3 f.). 3.3

Dr. B.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 7. Januar 2021. Er hielt folgende Diagnose fest: - Ereignis vom 23. Oktober 2019 mit trimalleolärer Fraktur linkes Sprunggelenk und - Status nach ORIF linkes Sprunggelenk 24.10.2019, G.____ - Status nach Osteosynthesematerial entfernung 31.03.2020, Zentrum H.____ - Funktionseinschränkung und Ruhe- und Belastungsschmerzen Sprunggelenk links bei beginnender oberer Sprunggelenksarthrose

Dr. B.____ konstatierte (Urk. 8/172/9 f.), dass bei der Beschwerdeführerin Belastungs- und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des linken Sprunggelenks sowie

Ruheschmerzen nach längerer Belastung und eine Bewegungseinschränkung im Sprunggelenksbereich persistierten, dies den üblichen lässional bedingten Beschwerden nach einer Luxationsfraktur des Sprunggelenks mit beginnender Sprunggelenksarthrose entsprechend. Bildgebend habe in der SPECT-CT vom August 2020 eine beginnende obere Sprunggelenksarthrose objektiviert werden können, welche die geklagten Beschwerden hinreichend objektiviere.

Weder anamnestisch noch klinisch fanden sich Hinweise für ein CRPS nach den Budapest-Kriterien, es bestehe keine Überempfindlichkeit für Schmerzreize, Berührungen oder andersartige Reize, die Reaktionen auf diese Reize seien physiologisch unauffällig. Die Asymmetrie der Körpertemperatur lasse sich hinreichend erklären mit dem Mindergebrauch des linken Beins durch die Teilbelastung und das Schonhinken, welches seitens der Beschwerdeführerin mit Teilbelastung über zwei Unterarmstützkrücken vermindert belastet werde. Eine Veränderung der Hautfarbe im Sinne einer Minderdurchblutung oder Mehrdurchblutung finde sich nicht. Es fanden sich keine wegdrückbaren Ödeme, die synovitische Schwellung über der Sprunggelenksregion entspreche den narbigen Veränderungen nach Fraktur, Osteosynthese und Osteosynthesematerialentfernung. Die reduzierte Beweglichkeit erkläre sich hinlänglich aufgrund der Vernarbungen nach den Frakturen und Operationen, die Hypotrophie im Seitenvergleich erkläre sich ebenfalls hinreichend durch den Mindergebrauch und die Minderbelastung des linken Beines. Zusammenfassend lassen sich die geklagten Beschwerden, mit Ausnahme der gestörten Nageltrophik am linken Fuss, hinreichend durch die bildgebend objektivierten beginnenden Arthrosezeichen im oberen Sprunggelenk links erklären. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne eine geringe Besserung der Funktion herbeigeführt werden durch Fortsetzen der Physiotherapie mit Ultraschall elektrotherapie, Fangopackungen und medizinische Trainingstherapie für weitere drei Monate, die Traditionelle Chinesische Medizin könne den Heilungsprozess nach TCM-Lehre günstig beeinflussen, Schmerzverminderung und Beweglichkeitsverbesserung seien zu erwarten. Spätestens nach drei Monaten sei der bestmögliche Zustand durch Gewöhnung und Anpassung erreicht, dies entspreche dem Zustand ein Jahr nach Osteosynthesematerialentfernung. Der Beschwerdeführerin sei mitgeteilt worden, dass bereits bildgebend eine obere Sprunggelenksarthrose vorliege und dass eine Gewichtsbelastung des linken Fusses zu einer Beschwerdezunahme führen würde. Die Implantation einer Sprunggelenksprothese könne nur in Ausnahmefällen eine Beschwerdelinderung im Sinne einer namhaften Schmerzlinderung herbeiführen, sodass aktuell dieser Schritt nicht empfohlen werden könne, auch nicht im Hinblick auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit unfallkausal.

Bereits heute könne festgestellt werden, dass die angestammte Tätigkeit, eine vorwiegend stehende und gehende Tätigkeit, der Beschwerdeführerin nicht mehr vollzeitig zumutbar sein werde. In Anbetracht der Unfallfolgen seien der Beschwerdeführerin ab 1. April 2021 leichte wechselbelastende Tätigkeit zumutbar (Urk. 8/172/11).

Dr. B.____ beurteilte gleichentags den Integritätsschaden und bezifferte diesen mit 15 % aufgrund dessen, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell eine leichte Arthrose im oberen Sprunggelenksbereich vorliege, durch die natürliche Progression sei das Fortschreiten bis hin zu einer mässigen oberen Sprunggelenksarthrose überwiegend wahrscheinlich, so dass der Integritätsschaden angemessen mit 15 % geschätzt werden könne, insbesondere im Quervergleich mit einer Arthrodesis, welche mit 15 % angeführt sei und funktionell dem

aktuellen und zu erwartenden Zustand gleichgestellt sei (Urk. 8/173). 3.4 3.4.1

Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. C.____ vom 8./13. Juli 2021 ein (Urk. 8/251; Urk. 3/4). Dr. C.____ führte aus, dass die Beschwerdeführerin unter schwersten posttraumatischen neuropathischen Schmerzen leide. Die Budapester Kriterien für das Vorliegen eines CRPS seien erfüllt. Zum Ausbau einer Schmerztherapie schein eine spezialisierte Sprechstunde sinnvoll, die Beschwerdeführerin möchte aber noch zuwarten.

Aus seiner Sicht sei die Ablehnung der Beschwerdegegnerin unverständlich. Die Diagnose eines CRPS könne nur bestätigt werden, die Budapester Kriterien seien erfüllt. So sei dies auch festgehalten in den Unterlagen der Rehaklinik D.____, wo ein CRPS im Austrittsbericht beschrieben werde. Lediglich Dr. B.____ sehe sie als nicht erfüllt. Eine unabhängige Beurteilung diesbezüglich wäre sinnvoll. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund deutlich nozizeptiver Schmerzen sowie aufgrund der erheblichen neuropathischen Beschwerden weder für die angestammte noch für eine angepasste Tätigkeit gegeben. 3.4.2

Am 9. Juli 2021 erfolgte eine 3-Phasen Skelettszintigrafie sowie ein CT des linken Fusses. Im Bericht vom 2. August 2021 hielt Dr. med. I.____, Fachärztin für Radiologie, fest, dass sich noch diskrete residuelle Veränderungen bei Status nach CRPS fänden. Es bestehe eine aktivierte Arthrose im OSG links mit Maximum der Aktivität im Markraum des Malleolus medialis. Es liege eine patelläre Überlastung rechts vor. Am Stammskelett bestehe ein unauffälliger Befund. 3.4.3

Dr. C.____ ergänzte im Bericht vom 21. Juli 2021 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 3/3), dass es sich aus seiner Sicht um eine kombinierte Schmerzproblematik handle, wo sowohl nozizeptive Schmerzen bestünden, verursacht durch beginnende degenerative Veränderungen im oberen Sprunggelenk, als auch Schmerzen ausgehend vom peripheren Schaden des N. peroneus

superficialis, was den typischen neuropathischen Schmerzen entspreche. Die Gelenkschmerzen seien sicher für einen Teil der Belastungsschmerzen verantwortlich, die Nervenschmerzen ihrerseits erklärten die Ruhe- und Nachtschmerzen im Versorgungsgebiet des N. peroneus

superficialis. Obwohl sehr einschränkend, sei daraus nicht die Diagnose eines CRPS abzuleiten. Dennoch glaube er, die Beschwerdeführerin leide unter einem CRPS.

Die anhaltenden Schmerzen seien disproportional zu den erkennbaren Veränderungen im oberen Sprunggelenk (OSG), wie auch zu der Schädigung des N. peroneus superficialis und gingen insbesondere über dessen Versorgungsgebiet hinaus.

Sie beschreibe Schwellungszustände und livide Verfärbungen von Sprunggelenk und Fuss, eine Allodynie über Fussrist nach proximal den lateralen Unterschenkel betreffend sowie zunehmend auch eine aktive Bewegungsbehinderung und eine Schwäche im Unterschenkel und Fuss links. Klinisch sei einerseits eine Allodynie (wenn auch vor allem im Narbenbereich auslösbar) über dem ganzen Fuss, nicht Dermatome

bezogen vorhanden, andererseits bestehe eine erhebliche Dystonie und aktive Bewegungseinschränkung für den gesamten Fuss. Gemäss den Budapester Kriterien entspreche dies dem Vollbild eines CRPS.

Es sei richtig, dass eine Arthrose im oberen Sprunggelenk schmerzhaft und einschränkend sein könne, genauso wie eine Nervenschädigung. Die überproportionalen Schmerzen seien für ihn aber nur mit dem Vorhandensein eines CRPS vereinbar. Diese Einschätzung teilten auch die Kollegen der Rehaklinik in D.____, welche im Austrittsbericht vom 2. Dezember 2020 ebenfalls ein CRPS Typ II in der Diagnoseliste aufführten (dieses zwar als regredient angesehen hätten) und während der Hospitalisation wiederholt die Budapester Kriterien als erfüllt vorgefunden hätten.

Aufgrund der aktuellen, unfallkausalen Beschwerden erscheine ihm die Beschwerdeführerin nicht erwerbsfähig. 4.

Vorab festzuhalten ist, dass der Zeitpunkt des Fallabschlusses und die Festsetzung der Integritätsentschädigung unbestritten geblieben bzw. bereits in Rechtskraft erwachsen sind (BGE 119 V 347 E. 1b).

Ebenfalls unbestritten blieb, dass allfällige psychische Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht unfallkausal zum Ereignis vom 23. Oktober 2019 sind (vgl. Urk. 1 und Urk. 2). Dies ist aufgrund der Akten nachvollziehbar und schlüssig.

Strittig und zu prüfen ist, ob auf die Beurteilung von Dr. B.____ abgestellt werden kann bzw. die Beschwerdeführerin - wie von Dr. B.____ attestiert - angepasst voll arbeitsfähig ist. 4.1

Die Einschätzung von Dr. B.____ vom 8. Januar 2021 beruht auf fundierter Aktenkenntnis, so lagen ihm insbesondere die vollständigen medizinischen Unterlagen samt Bilddokumentation vor (vgl. Urk. 8/172/2 ff.). Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein. 4.2

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor, dass nicht nachvollziehbar sei, dass der Kreisarzt das Vorliegen eines CRPS verneine - die Behandler der Rehaklinik D.____ als auch Dr. C.____ diagnostizierten ein solches. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. C.____ in seinen Berichten vom 25. Juni, 10./17. August 2020 und selbst im Bericht vom 25. November 2020, mithin nach Austritt aus der Rehaklinik D.____, kein Bezug auf ein CRPS nahm (Urk. 8/110; 8/115; 8/125, Urk. 8/149).

PD Dr. med. J.____, Fachärztin für Nuklearmedizin, beurteilte anlässlich der Untersuchung vom 13. August 2020, dass lediglich regrediente Zeichen eines CRPS II vorlägen bei regredienter Aktivitätsbelegung im gesamten linken Fuss (Urk. 8/126).

Die Ärzte der Rehaklinik D.____ hielten im Austrittsbericht fest, dass am 19. Oktober und am 18. November 2020 die Budapester-Kriterien erfüllt gewesen seien (Urk. 8/152/3), wobei die Kriterien formell erfüllt gewesen seien, wenngleich die objektiven Befunde diesbezüglich dezent ausgefallen seien (Allodynie, eingeschränkte Beweglichkeit, verändertes Nagelwachstum; Urk. 8/152/4). Sie konstatierten darüber hinaus, dass das Ausmass der physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären liessen. Die Situation werde deutlich von der psychischen Problematik überlagert (Urk. 8/152/5).

Dr. B.____ erhob einen guten Monat später keine Überempfindlichkeit für Schmerzreize, Berührungen oder andersartige Reize, die Reaktionen daraus seien physiologisch unauffällig (Urk. 8/172/10). Die eingeschränkte Beweglichkeit als auch das veränderte Nagelwachstum erhob Dr. B.____ und begründete nachvollziehbar und schlüssig, dass er

diese - bis auf das veränderte Nagelwachstum - nicht auf ein CRPS sondern auf die objektivierten beginnenden Arthrosezeichen im OSG zurückführe.

Dr. C.____ konstatierte in seinem Bericht vom 7. Juli 2021, dass sei nes Erachtens die überproportionalen Schmerzen nur mit dem Vorhandensein eines CRPS erklär bar seien (E. 3.4). Allerdings vermögen die Ausführungen von Dr. C.____ den Bericht von Dr. B.____ nicht zu entkräften, da er keine konkreten, objektiv fassbaren Aspekte namhaft macht , die Dr. B.____ ent gangen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) oder die zu einer anderen rechtlichen Beurteilung Anlass geben würden. Auch Dr. I.____ konstatierte in ihrem Bericht vom 2. August 2021, dass sich lediglich diskrete residuelle Verän derungen bei Status nach CRPS fänden (vgl. E. 3.4.2).

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass nicht die exakte Diagnose ausschlaggebend ist für die weitere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sondern die funktionellen Aus wirkungen der erhobenen Befunde - entsprechend ist die abweichende dia gnos tische Beurteilung von Dr. C.____ im Vergleich zu Dr. B.____ nicht aus schlag gebend , da Dr. B.____ die erhobenen Befunde vollumfänglich berücksichtigte bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. 4.3

Die Beschwerdeführerin machte des Weiteren geltend, dass der Kreisarzt Dr. B.____ nur ungenügend berücksichtigt hab e, dass die Einschränkungen beim Gehen als auch die mang elnde Beweglichkeit eine ganztäg ige wechsel be lastende T ätigkeit verunmöglichhe (Urk. 1).

Dr. B.____ konstatierte, es sei der Beschwerdeführerin eine leichte wechsel belastende Tätigkeit vollzeitig zumutbar (Urk. 8/172/11). Dabei berücksichtigte er sämtliche erhobenen Befunde , die geklagten Beschwerden und die bleibenden unfallkausalen Einschränkungen.

Dr. C.____

führte in seinem Bericht vom 2 1. Juli 2021 diesbezüglich lediglich aus , dass ihm die Beschwerdeführerin aufgrund der aktuellen, unfallkausalen Be schwerden nicht erwerbsfähig erscheine (Urk. 3/3). Im Bericht vom 8./1 3. Juli 2021 notierte er, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund deutlicher nozizeptiver Schmer zen sowie auch aufgrund der erheblichen neuropathischen Beschwerden weder für die angestammte noch für eine angepasste Tätigkeit gegeben sei (Urk. 3/4). Dies zeigt deutlich, dass sich

Dr. C.____ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insbesondere auf die von der Beschwerdeführerin subjektiv ge klagten Beschwerden und nicht auf von Dr. B.____ unberücksichtigte abwei chende objektive Befunde stützte.

Zusammenfassend handelt es sich bei der Einschätzung von Dr. C.____ im Wes entlichen um eine vom Kreisarzt Dr. B.____ abweichende Meinung säusserung , welche allerdings nicht Anlass zu weiteren Abklärungen gibt oder den Bericht von Dr. B.____ in Frage zu s tellen verm ag ; anders würde es sich verhalten, wenn Dr. C.____ konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft machen würde , die dem ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen er sich nicht befasst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) - was vor liegend allerdings nicht der Fall ist. 4.4

Entsprechend vermögen die Berichte von Dr. C.____ keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung von Dr. B.____ zu wecken und es ist gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. B.____ davon auszugehen, dass die Be schwerdeführerin ab dem 1. April 2021 in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist. 5.

Zu prüfen bleibt, wie sich die in qualitativer Hinsicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Festsetzung des Validenlohnes auf den Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2018 (LSE 2018) für Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur) in Höhe von Fr. 4'860.-- monatlich (LSE 2018, TA1, 86-88 Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau 1, Frauen),

angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit sowie die Nominallohnentwicklung (vgl. Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen vom 3. Mai 2021, Urk. 8/228). Daraus resultierte im angefochtenen Einspracheentscheid ein - aufgrund aktuellerer statistischer Zahlen etwas tieferes als noch in der Verfügung - Valideneinkommen in Höhe von Fr. 62'091.-- (vgl. Urk. 2). Dieses von der Beschwerdegegnerin angeordnete

Valideneinkommen ist mit Blick auf den IK-Auszug (Urk. 8/206) als grosszügig zu bewerten, kann aber aufgrund der Akten nachvollzogen werden und blieb seitens der Beschwerdeführerin unbestritten (vgl. Urk. 1). 5.2 5.2.1

Für das Invalideneinkommen zog die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn für Hilfsarbeiterinnen heran und berichtete diesen ebenfalls um die betriebsübliche Wochenarbeitszeit und die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2021 (Urk. 2 S. 6; LSE 2018 TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total). Daraus resultierte - ebenfalls aufgrund statistisch leicht veränderter Werte - ein im Vergleich zur Verfügung minimales Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 56'004.-- für das Jahr 2021. Darüber hinaus berücksichtigte die Beschwerdegegnerin einen Leidensabzug von 5%, woraus ein anrechenbares Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 53'204.-- resultierte (Urk. 2).

5.2.2

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor, dass der Leidensabzug von 5% den massiven Beeinträchtigungen beim Gehen und Stehen sowie den zusätzlichen Schmerzen nicht gerecht werde und ein höherer Leidensabzug vorzunehmen sei (Urk. 1).

Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von 5% erweist sich unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung als auch dem nur leicht eingeschränkten Belastungsprofil der Beschwerdeführerin als nachvollziehbar und ist - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - nicht zu beanstanden. 5.3

Stellt man das Valideneinkommen dem Invalideneinkommen gegenüber resultiert eine Erwerbseinbusse in Höhe von Fr. 8'887.-- (Fr. 62'091.-- - Fr. 53'204.--), was einer prozentualen Erwerbseinbusse bzw. einem Invaliditätsgrad von rund 14% entspricht (Fr. 8'887.-- : Fr. 62'091.--).

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - 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, 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
HurstCasanova

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