

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00007 vom 18. Oktober 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-10-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00007 du 18 octobre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00007 del 18 ottobre 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 21. November 2015 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. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

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 (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. 1.3

Praxisgemäss kann die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall besteht, bei

Verneinung der adäquaten Kausalität offen gelassen werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_58/2022 vom 23. Mai 2022 E. 4.5.1 mit Hinweisen [zur Publikation vorgesehen]).

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen (BGE 115 V 133 E. 4b; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_493/2021 vom 4. März 2022 E. 3.3.3 mit Hinweisen).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.4

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes

(BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E.

5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.5

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 versicherungsinerner 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 versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsträger 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 versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (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

Der Versicherte erhob am 10. Januar 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 22. November 2021 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, dieser sei aufzuheben und es seien ihm eine höhere Invalidenrente sowie eine höhere Integritätsentschädigung zuzusprechen (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2022 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen davon aus, dass es dem Beschwerdeführer zuzumuten sei, ganztags einer körperlich leichten, wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit nachzugehen, wobei näher genannte Verrichtungen zu unterlassen seien (E. 4.b).

Widersprechende Arztberichte lägen keine bei den Akten (E. 4.c).

Abgestützt auf die Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) ergebe sich aus fünf für den Beschwerdeführer in Frage kommenden Arbeitsplätzen beziehungsweise Blättern ein durchschnittlich erzielbares Einkommen für das Jahr 2017 von Fr. 61'504.--, welches dem Invalideneinkommen entspreche (E. 5.d).

Als verbliebene bildgebend ausgewiesene Unfallfolge seien namentlich die arthrotischen Veränderungen am unteren und oberen Sprunggelenk zu nennen. Für die weiteren geklagten rechtsseitigen Fuss- und Beinschmerzen fehle es an einem organischen Korrelat (E. 7.a). Die Anteile der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beeinträchtigungen seien nicht unfalladäquat, da von einem mit teilschweren Ereignis im engeren Sinne auszugehen (E. 8.c) und nur eines der Adäquanzkriterien – nämlich dasjenige der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit (vgl. E. 8.e.aa) – erfüllt sei, dies jedoch nicht auf besonders ausgeprägte Art und Weise (E. 8.e.ii).

Das Valideneinkommen betrage gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin bei einer Vollzeitanstellung im Jahr 2017 Fr. 70'590.-- (E. 9.b). Beim Vergleich mit dem Invalideneinkommen ergebe sich ein Erwerbsunfähigkeitsgrad von rund 13 % (E. 10).

Betreffend Integritätsschaden habe der Kreisarzt die konkret entstandene Einbusse unter Berücksichtigung einer möglichen Entwicklung einer mässigen Arthrose sowohl im unteren als auch im oberen Sprunggelenk mit je 7.5 %, mit hin bei 15 % eingeschätzt. Darauf sei abzustützen, stimme dies doch mit der einschlägigen Feinraaster-Tabelle 5 der Medizinischen Abteilung der Suva überein (E. 11.f).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es stimme nicht, dass er in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Dies sei ihm aufgrund der konstanten Fusschmerzen nicht möglich, auch im Sitzen und in der Nacht habe er dauernd Schmerzen. Mit einer Invalidenrente von nur 13 % und einer Integritätsentschädigung von nur 15 % sei er nicht einverstanden.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist demnach der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Höhe der zuzusprechenden Invalidenrente und Integritätsentschädigung. 3. 3.1

Gemäss Schadenmeldung vom 25. November 2015 (Urk. 6/1) wurde der Beschwerdeführer am 21. November 2015 um 4 Uhr morgens als Passagier in einen Verkehrsunfall verwickelt und brach sich dabei das rechte Fussgelenk. 3.2

Die Ärzte des Spitals O.____ (O.____) dokumentierten mit Operationsbericht vom 30. November 2015 (Urk. 6/9) den am 21. November 2015 durchgeführten Eingriff. Dieser habe bei einer diagnostizierten Talus-Luxationsfraktur rechts eine geschlossene Reposition mit Fixateur externe des oberen Sprunggelenks (OSG) rechts umfasst. Der Beschwerdeführer habe sich auf der Rückbank eines Personenkraftwagens (PKW) befunden, als dieser mit unbestimmter Geschwindigkeit in ein Schaufenster gefahren sei (vgl. auch Urk. 6/18/12). 3.3

Am 16. Dezember 2015 (Urk. 6/12) gab der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin an, am 21. November 2015 habe der Autolenker nicht mehr reagiert, sei wie erstarrt gewesen und der Beschwerdeführer habe als Beifahrer nichts mehr machen können (Ziff. 1).

Dem Rapport der Kantonspolizei Zürich vom 4. Januar 2016 (Urk. 6/18/3-13) ist zum Unfallhergang zu entnehmen, der Fahrer habe auf der Z.____ Richtung A.____ aufgrund eines medizinischen Problems die Kontrolle über sein Fahrzeug verloren und sei bei der Verzweigung mit der B.____ geradeaus gefahren. Er sei mit einer Signalisationstafel kollidiert, habe das Trottoir überfahren, sei mit einer Rotlichtüberwachungskamera kollidiert und habe eine Böschung sowie einen Parkplatz überquert, bevor er das Schaufenster eines Beleuchtungsgeschäfts durchbrochen habe und in dessen Innern zum Stillstand gekommen sei. Alle drei Insassen seien verletzt worden (S. 12).

3.4

Die Ärzte der Rehaklinik P.____ erstatteten am 23. Juni 2016 ihren Austrittsbericht (Urk. 6/51) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 19. April bis 7. Juni 2016. Als

Probleme bei Austritt nannten sie bewegungs- und belastungs abhängige Schmerzen OSG rechts sowie eine leichte bis mässiggradige Bewegungseinschränkung OSG rechts (S. 1 unten). Da der Beschwerdeführer die körperlichen Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme seiner bisherigen, aus schliesslich stehend/gehend zu verrichtenden Tätigkeit noch nicht erfülle, werde ein Wiedereinstieg mit anfangs noch reduzierter Arbeitszeit und -leistung empfohlen. Eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ohne Tätigkeit länger dauernd in der Hocke und/oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und/oder Leitersteigen sei ganztags zumutbar (S. 2 Mitte).

Am 18. Mai 2016 habe der Beschwerdeführer einen Kontrolltermin im O.____ gehabt, wobei sich zu diesem Zeitpunkt bei unauffälligen Weichteilverhältnissen und einer guten Flexion/Extension im OSG kaum noch eine Schwellung gezeigt habe.

Konventionell-radiologisch sei ein weiterhin anatomischer Aufbau des Talus ohne Hinweis auf eine Talusnekrose bei korrekt liegendem Osteosynthesematerial beschrieben worden. Die Fraktur sei zwischenzeitlich vollständig knöchern konsolidiert (S. 3 Mitte). 3.5

Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, O.____, hielt im Bericht vom 14. Juli 2016 (Urk. 6/53) fest, die Computertomographie (CT) OSG rechts vom 12. Juli 2016 (vgl. auch Urk. 6/57/2) zeige an sich einen erfreulichen Befund mit zumindest partiellem Durchbau ohne Hinweise auf Talusnekrose. Es zeige sich auch keine wesentliche Arthrose im OSG. Entsprechend erhoffe er sich noch eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes. 3.6

Dr. med. univ. D.____, Praktischer Arzt, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, führte im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 26. Oktober 2016 (Urk. 6/74) aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, er habe immer Schmerzen «wie verrückt». Er sei gelernter Automechaniker und arbeite aktuell 3 bis 4 Stunden jeweils vormittags (S. 2 Mitte). Da die Konsolidation der Talusfraktur noch nicht nachgewiesen und zusätzliche Weichteilverletzungen/Knorpelschäden, welche die Beschwerden begründen könnten, nicht ausgeschlossen worden seien, werde die Arbeitsunfähigkeit von 60 % vorerst belassen. Dr. C.____ werde um Durchführung eines MRI zum sicheren Ausschluss von Begleitverletzungen beziehungsweise Entzündungsreaktionen im Bereich des Fusses ersucht (S. 3 unten). 3.7

Dr. C.____ berichtete am 21. Dezember 2016 (Urk. 6/81), das MRI OSG rechts vom 7. Dezember 2016 zeige an sich nur eine kleine – subchondrale (vgl. Urk. 6/82/2) –

Osteonekrose am medialen Talusdom. Da der Beschwerdeführer vor allem lateral seit Schmerzen angebe, bleibe dies weiterhin unklar beziehungsweise sei möglicherweise bedingt durch die Schwere der Verletzung. Therapeutisch sei es schwierig, dem Beschwerdeführer weiterzuhelfen, bei Persistenz der Beschwerden bleibe möglicherweise einzig die Arthrodese im OSG, dies wolle der Beschwerdeführer aktuell keinesfalls durchführen lassen.

3.8

Dr. D.____ führte im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 23. Januar 2017 (Urk. 6/87) aus, aufgrund der anhaltenden Beschwerdesymptomatik und Vorschlag einer OSG-Arthrodese wünsche der Beschwerdeführer eine Zweitbeurteilung an einer orthopädischen Fachklinik und es sei eine Vorstellung in der Uniklinik R.____ vereinbart worden (S. 7 unten). 3.9

Die Ärzte der Uniklinik R.____, Abteilung Fuss-/Sprunggelenk, führten im Sprechstundenbericht vom 11. April 2017 (Urk. 6/101) zur Anamnese aus, aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei jedoch konstant Schmerzen auf treten würden, insbesondere beim Heben schwerer Lasten (S. 1 Mitte). Zur weiteren Beurteilung und Differenzierung der Beschwerden im OSG und im unteren Sprunggelenk (USG) erfolge nun eine Infiltration des rechten USG. Bei gutem Ansprechen auf die Infiltration würde man eine USG-Arthrodese rechts vorsehen (S. 2 Mitte).

Im Sprechstundenbericht vom 6. Juli 2017 (Urk. 6/113) wurde festgehalten, aufgrund der ausbleibenden Beschwerdebesserung nach USG-Infiltration werde aktuell davon ausgegangen, dass die OSG-Problematik beschwerdeführend sei. So mit werde nun eine Infiltration für das OSG verordnet (S. 1 unten).

Im Sprechstundenbericht vom 30. August 2017 (Urk. 6/122) hielten die Ärzte der Universitätsklinik R.____ fest, bei persistierenden Beschwerden und ausgeschöpften konservativen Massnahmen empföhlen sie bei subjektiv hohem Leidensdruck, die ventrale OSG-Arthroskopie zum Narbendébridement durchzuführen. Der Beschwerdeführer wünsche noch Bedenkzeit bezüglich des operativen Vorgehens (S. 2). 3.10

Dr. D.____

hielt im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Oktober 2017 (Urk. 6/129) zur Medikation fest, der Beschwerdeführer nehme 3 Mal täglich 1 g Paracetamol ein (S. 4 oben). Weder die Infiltration des USG noch des OSG habe zu einer Beschwerdeverbesserung geführt. Aufgrund dessen müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdesymptomatik – wenn überhaupt – nur teils intraartikulär bedingt sei und zwischenzeitlich ein chronifiziertes, vom somatischen Zustand entkoppeltes Schmerzgeschehen bestehe. Die neugeklagten «katakastrophalen» Schmerzen in der 3. bis 5. Zehe sowie nunmehr auch Beschwerden seitlich entlang des ganzen Beins nach proximal über die Hüfte bis in den Rücken deuteten auf eine Symptomausweitung hin. Bereits bei der letzten Konsultation sei angegeben worden, dass auch die Einlageversorgung zu keinerlei Verbesserung geführt habe und initial eine Katastrophe gewesen sei. Der Beschwerdeführer erhoffe sich nunmehr von der bevorstehenden Konsultation in der Q.____ Klinik eine Lösung seiner Beschwerdesymptomatik (S. 5). 3.11

Die Ärzte der Q.____ Klinik, Abteilung Fusschirurgie, führten in ihrem Bericht zur Konsultation vom 5. Oktober 2017 (Urk. 7/135) zur Drittmeinung (vgl. S. 1 unten) aus, in der gleichentags durchgeführten konventionell-radiologischen Untersuchung zeige sich eine regelrechte Artikulation im OSG ohne Anzeichen von signifikanten degenerativen Veränderungen, wobei im USG eine leicht beginnende Arthrose sichtbar sei. Klinisch zeige sich eine diffuse Druckdolenz über dem OSG und dem USG, welche sowohl über sämtlichen Weichteilen im Bereich des Rückfusses als auch über den Tibialis anterior-, Tibialis

posterior- und Peronealsehnen angegeben werde, was mit der heutigen sowie der zuvor durchgeführten Bildgebung (MRT und CT) nicht erklärt werden könne. Die erwähnten Nachtschmerzen seien auch nicht typisch für eine Arthrose als Ursache. Mit der seitens Universitätsklinik R.____

vorgeschlagenen operativen Versorgung mit teils initialer Arthroskopie des OSG mit Narbendébridement und im weiteren Verlauf USG-Arthrodese seien die Ärzte der Q.____ K

linik sehr zurückhaltend, da eine Besserung durch eine solche operative Versorgung eher unwahrscheinlich sei. Es sollten vorerst sicherlich die konservativen Massnahmen mit Physiotherapie sowie Anpassung von geeignetem Schuhwerk vollständig ausgeschöpft werden, wobei auch hier die Erfolgsaussichten gering seien (S. 2 f.) . 3.12

Dr. D.____ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 16. Oktober 2017 (Urk. 6/138-139) aus, von weiteren Behandlungen könne nach nunmehriger Drittmeinung in der Q.____ Klinik aktuell keine wesentliche Verbesserung erwartet werden, insbesondere nicht hinsichtlich Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sollte mit Einlagenversorgung und festem Schuhwerk auch die Tätigkeit als Automechaniker möglich sein. Nachdem sich der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit jedoch nicht ganztägig arbeitsfähig sehe, wäre zumindest in einer angepassten körperlich leichten bis wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit unter folgenden Voraussetzungen von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit auszugehen: Keine Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und/oder Gerüsten oder mit repetitivem Treppensteigen unter Gewichtsbelastung, keine knienden und/oder kauernenden Tätigkeiten (Urk. 6/138).

Hinsichtlich des Integritätsschadens bestehe eine regelrechte Artikulation im OSG ohne Anzeichen von relevanten degenerativen Veränderungen. Im USG bestünden Anzeichen für eine leichte Arthrose. Im Hinblick auf eine mittel- bis langfristige Verschlimmerung sei davon auszugehen, dass sich im USG und OSG eine mässige Arthrose entwickeln könnte. Gemäss Tabelle 5.2 gebühre dem Beschwerdeführer bei einer mässigen Arthrose des OSG beziehungsweise des USG je eine Integritätsentschädigung von 5 bis 15 %. Aufgrund der aktuellen Befunde und unter Berücksichtigung einer möglichen Entwicklung einer mässigen Arthrose im USG und OSG werde der Integritätsschaden auf je 7.5 % festgelegt. Somit ergebe sich insgesamt eine Integritätsentschädigung von 15 % für das obere und untere Sprunggelenk (Urk. 6/139/1-2). 3.13

Die Ärzte des Schmerzzambulatoriums des Universitätsspitals Zürich (USZ) erachteten nach der Erstkonsultation vom 5. März 2018 das Vorhandensein einer Irritation nervaler Strukturen als möglich (Urk. 6/173) und führten zur genaueren Untersuchung eine diagnostische Nervenblockade durch, welche als negativ gewertet wurde (Urk. 6/176). Am 17. April 2018 hielten sie fest, dies könne auf eine zentrale Sensibilisierung hinweisen .

Die genaue Ursache sei unklar, aber vieles spreche eher gegen eine Nervenreizung oder Neuropathie (Urk. 6/177). 3. 14

Dr. med. E.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellvertretender leitender Arzt der Abteilung Orthopädie des Spitals S.____ , führte am 11. Mai 2018 aus, als nächster Schritt werde eine diagnostische und therapeutische Infiltration des OSG geplant. Eine akute Indikation für operative Eingriffe bestehe im Moment nicht (Urk. 6/179). Am 23. Juni 2018 (Urk. 6/191 /2) berichtete Dr. E.____ , die Infiltration habe lediglich einen partiellen Lokalanästhesie-Effekt im medialen Gelenksanteil gebracht. Am 16. August 2018 (Urk. 6/183) hielt Dr. E.____

fest, im SPECT-CT vom 28. Juni 2018 (vgl. Urk. 6/191 /4-5) habe sich eine deutliche Stoffwechsellaktivität als Hinweis auf eine aktivierte Arthrose im Subtalargelenk gezeigt. Bei zusätzlich jedoch diffuser Schmerzhaftigkeit auch im oberen Sprunggelenksbereich habe er mit dem Beschwerdeführer eine weitere Infiltration des USG besprochen. Sollte diese zu einer guten Schmerzreduktion führen, müsse eine Arthrodesierung des Subtalargelenks diskutiert werden (Urk. 6/183). 3. 15

Dr. D.____ führte am 7. September 2018 (Urk. 6/185) aus, an der Beurteilung vom 16. Oktober 2017 sei vollumfänglich festzuhalten. Die Integritätsentschädigung sei äusserst grosszügig auch unter Berücksichtigung einer eventuellen späteren Verschlimmerung festgelegt worden . 3. 16

Dr. E.____ hielt am 28. September 2018 (Urk. 6/188) fest, die Infiltration habe nicht den gewünschten Effekt gezeigt. Bei jedoch sonst weiter eindeutigen Hin weisen auf symptomatische OSG-Arthrose sehe er die Indikation zum operativen Vorgehen mit subtalarer

Arthrodesierung als gegeben. Der Beschwerdeführer wünsche die Option noch mit der Ehefrau zu besprechen. Am 11. November 2018 (Urk. 6/191 /11) führte Dr. E.____ aus, der Beschwerdeführer sei weiter unsi cher bezüglich eines operativen Vorgehens. 3. 17

Dr. med. F.____ , Facharzt für Radiologie, T.____ Klinik, beurteilte gemäss seinem Bericht zum MRI des OSG rechts vom 11. April 2019 (Urk. 6/198) zwei (residuelle) osteochondrale Läsionen nach Talus-Osteosynthese an der lateralen Talusschulter bei im Übrigen leichtgradiger (wahrscheinlich se kundärer) OSG-Arthrose sowie fortgeschrittener USG-Arthrose (betont im hinte ren Kompartiment) sowie einen posttraumatisch narbig alterierten lateralen Bandapparat . 3. 18

Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trau matologie, T.____, führte in seinem Bericht vom 3. Juni 2019 (Urk. 6/191/12-15) aus, er habe den Beschwerdeführer am 4. April sowie am 2. und 16. Mai 2019 in der Sprechstunde gesehen (S. 1 oben).

Er denke, dass die meisten Beschwerden von einem ventralen Impingement ausgingen. Je nach Ausgang der durchzuführenden Infiltrationen müsse wahrscheinlich über eine OSG-Arthroskopie diskutiert werde n , bei der gleichzeitig eine Metallentfernung durchgeführt würde und die Impingementfaktoren entfernt werden würden. Eine Arthrodesese sei momentan nicht sinnvoll (S. 3). 3. 19

Dr. D.____ hielt am 7. Oktober 2019 (Urk. 6/199) fest, es ändere sich nichts an seiner Beurteilung vom 16. Oktober 2017. Eine namhafte Verbesserung des un fallbedingten Gesundheitszustands könne nicht erwartet werden. 3. 20

Dr. med. H.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leiter Fusszentrum, T.____ , führte in seinem Bericht vom 23. März 2020 (Urk. 6/202) aus, nach Ausreizen der konservativen Therapie wäre nur noch die operative Intervention im Sinne einer USG-Arthrodesese mit Entfernung des Metalls so weit möglich zu empfehlen. Da aber die Beschwerden sich nun diffus in verschiedene Richtungen und nicht ganz typisch für das USG entwickelt hätten, wolle man zumindest vor einer Zweitmei nungs-Einholung

und auch Ausschluss von neurogenen Ursachen der Beschwer den hiervon absehen (S. 2 unten). 3 .21

Dr. med. I.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatolo gie des Bewegungsapparates, U.____ , führte in seinem Bericht vom 28. Mai 2020 (Urk. 6/220) aus, symptomatisch scheine die USG-Arthrose vordergründig und bei sehr hohem Leidensdruck scheine eine Arthrodesese sinnvoll, zumal kaum Restbeweglichkeit bestehe. Mit der erheblichen Ruheschmerzkomponente scheine eine zumindest zusätzliche neuropathische Schmerzgenese möglich, die elektro physiologisch abzuklären sei. Er denke, dass die Schmerzen des OSG mehr in der funktionellen Spitzfüssigkeit im Rahmen der

Arthrofibrose zu suchen sei. Eine Schuhversorgung mit Spitzfussausgleich und Abrollhilfe sei wiederholt diskutiert, aber nie konfektioniert worden. Dies sei gegebenenfalls eine sinnvolle Massnahme. Mit erfolgreicher subtalarer Arthrodeese erwarte er zwar eine Beschwerdeverbesserung, aber rechne dennoch mit einer nur partiellen Symptomlinderung und entsprechend sehr eingeschränkter Prognose (S. 2 Mitte). 3.22

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 20. August 2020 (Urk. 6/224) fest, er gehe bei den rechtsseitigen OSG- und USG-Schmerzen primär von arthrogenen respektive ossären Problemen aus. Es fänden sich unter Zusammenschau der klinischen Befunde und der Neurografie keine Hinweise für eine Nervenaffektion. Für eine nervenchirurgische Intervention an den Fussnerven sehe er keine Indikation (S. 2 Mitte). 3.23

Dr. I.____ führte in seinem Bericht vom 26. August 2020 (Urk. 6/225/2-3) aus, gemäss neurologischer Beurteilung finde sich bestätigt, dass nicht von neuropathischen Schmerzen auszugehen sei. Er würde unbedingt konservativ die Option der orthopädischen Schuhversorgung versuchen, bevor man sich für einen Eingriff entscheide (S. 2). 3.24

Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 24. September 2020 (Urk. 6/222), in den letzten Jahren habe der Beschwerdeführer immer wieder verschiedene Spezialisten aufgesucht. Es sei ihm von verschiedenen Seiten schon die Arthrodeese vorgeschlagen worden, welche der Beschwerdeführer aber nicht durchführen wolle. Er arbeite nun seit zirka zwei Jahren 50

%. 3.25

Dr. D.____ antwortete am 17. Dezember 2020 (Urk. 6/226) nach entsprechender Vorlage durch die Beschwerdegegnerin, er halte an seinen vormaligen Einschätzungen betreffend Fallabschluss, Zumutbarkeit und Integritätsentschädigung fest. 4. 4.1

Der Kreisarzt Dr. D.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 26. Oktober 2016 (E. 3.6), am 23. Januar 2017 (E. 3.8) wie auch am 4. Oktober 2017 (E. 3.10) persönlich. Von dessen medizinischen Situation hatte sich der Kreisarzt somit ein umfassendes Bild verschaffen können, als er mit Aktenbeurteilung vom 16. Oktober 2017 den medizinischen Endzustand feststellte, ein Anforderungsprofil für eine angepasste Tätigkeit formulierte und die Höhe der Integritätsentschädigung festlegte (E. 3.12). Die Voraussetzungen an einen beweiswertigen Arztbericht sind erfüllt. Da es sich bei Dr. D.____ indes um einen versicherungswirtschaftlichen Arzt handelt, ist unter Anwendung eines strengen Massstabs zu überprüfen, ob auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen bestehen, bevor auf diese abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.5). Dies gilt sowohl für die Beurteilung vom 16. Oktober 2017 als auch für die weiteren kreisärztlichen

Beurteilungen vom 7. September 2018 (E. 3.15), vom 7. Oktober 2019 (E. 3.19) und vom 17. Dezember 2020 (E. 3.25). 4.2

Zu Recht nicht angezweifelt wird vom Beschwerdeführer das Erreichen des medizinischen Endzustandes per 16. Oktober 2017 (vgl. E. 3.12). Die zahlreichen ergebnis- wie erfolglosen seitherigen Konsultationen bei diversen Spezialisten (vgl. E. 3.13 ff.) liefern in Kombination mit der fehlenden Operationsbereitschaft des Beschwerdeführers ein eindrückliches Zeugnis dafür ab, dass eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit zum genannten Datum nicht mehr in Aussicht stand. Prognostisch – und dies ist vorliegend entscheidend (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2) – handelte es sich nach dem damaligen Einholen einer fachärztlichen Zweit- und

gar Drittmeinung (E. 3.9, E. 3.11) erst recht um eine äusserst fundierte, schlüssige Beurteilung. 4.3

Nicht einverstanden ist der Beschwerdeführer unter Berufung auf seine konstanten Fusschmerzen zunächst mit der attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (E. 2.2). 4.4

Konkret erachtet der Kreisarzt den Beschwerdeführer in einer angepassten körperlich leichten bis wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit unter Beachtung weiterer näher genannten Voraussetzungen als ganztägig arbeitsfähig (E. 3.12). Dies deckt sich mit der Einschätzung durch die Ärzte der Rehaklinik P.____. Diese waren nach einem siebenwöchigen stationären Aufenthalt im Juni 2016 zum Schluss gekommen, eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit sei ganztags zumutbar (E. 3.4).

Arztberichte, welche den Standpunkt des Beschwerdeführers untermauern würden, liegen hingegen nicht im Recht. So nahm keiner der zahlreichen nach dem 16. Oktober 2017 aufgesuchten Spezialärzte Stellung zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Auch aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Arbeit als Automechaniker weiterhin nur – aber immerhin – im 50 %-Pensum absolviert (vgl. E. 3.24), lässt sich nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dies umso weniger, als etwa gemäss den Ärzten der Universitätsklinik R.____ insbesondere Schmerzen beim Heben schwerer Lasten auftraten (E. 3.9). Dies deckt sich vielmehr mit der kreisärztlichen Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer sich in der bisherigen Tätigkeit nicht als ganztägig arbeitsfähig sehe. Entsprechend möchten der Kreisarzt und die Beschwerdegegnerin ihm diese Tätigkeit auch gar nicht zumuten, sondern es wird ihm eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit angerechnet (E. 2.1, E. 3.12). Weshalb die Fusschmerzen ihn an der Ausübung einer leichten, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit hindern sollten, ist weder dargetan noch ersichtlich. 4.5

Nach dem Gesagten bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellung einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit in somatischer Hinsicht. 4.6

Der Kreisarzt hielt im Herbst 2017 fest, dass zwischenzeitlich ein chronifiziertes, vom somatischen Zustand entkoppeltes Schmerzgeschehen bestehe, es bestünden Hinweise auf eine Symptomausweitung (E. 3.10). Damit übereinstimmend kamen die Ärzte der Q.____ Klinik zum Schluss, die diffuse Druckdolenz über dem OSG und dem USG könne mit der Bildgebung nicht erklärt werden, die Nachtschmerzen seien untypisch für eine Arthrose (E. 3.11). Die Suche nach den Ursachen des Schmerzes in der vom Beschwerdeführer geschilderten Intensität war auch in der Folge kaum von Erfolg geprägt (vgl. E. 3.13 ff.).

Nachdem die damalige Rechtsvertreterin in der Einsprache eine psychiatrische Mitbeurteilung und anschliessende Kausalitätsprüfung verlangt hatte (Urk. 6/174), sah sich die Beschwerdegegnerin veranlasst, eine ausführliche Adäquanzprüfung betreffend die strukturell nicht nachweisbaren Beschwerden vorzunehmen (E. 2.1; vgl. Urk. 2 E. 8). 4.7

Zu Recht teilte die Beschwerdegegnerin den Unfall vom 21. November 2015 als mittelschweres Ereignis im engeren Sinn ein (E. 2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_598/2020 vom 3. Dezember 2020, E. 9.2.2, sowie zur Darstellung weiterer

bundesgerichtlicher Kasuistik das Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 5.2.2 mit Hinweisen).

Klarerweise zutreffend ist, dass keines der rechtsprechungsgemässen Adäquanz kriterien (E. 1.4) Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, unge wöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung oder schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen vorliegt (vgl. im De tail Urk. 2 E. 8.e.bb-hh). 4.8

Bejaht hat die Beschwerdegegnerin das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls (vgl. E. 2.1; Urk. 2 E. 8.e.aa).

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Ver letzung betrachtet (Urteil des Bundesgerichts 8C_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 9.2 mit Hinweisen, unter anderem auf nicht publizierte E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199). 4.9

Verneint wurde das genannte Kriterium bei einer Versicherten, welche bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h mit ihrem Personenwagen auf die Gegenfahrbahn geriet , wo es zunächst zu einer Streifkollision mit dem ersten entgegenkommen den und anschliessend zu einer Frontalkollision mit dem diesem folgenden Auto kam. Daraufhin wurde das Fahrzeug der Versicherten ins ang renzende Wiesland geschleudert, wobei die Airbags ausgelöst wurden (Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2017 vom 12. März 2018 E. 4.3).

Bejaht wurde das Kriterium bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattel schlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Per son noch auf einer Distanz von rund 300 Metern vor sich herschob (Urteil des Bundesgerichts 8C_508/2008 vom 22. Oktober 2008 E. 5.3) . 4.10

Der Beschwerdeführer war am 21. November 2015 um 4 Uhr morgens als Passa gier auf der Rückbank eines Personenwagens unterwegs (E. 3.1-2) . Gemäss Poli zeirapport verlor der Fahrer aufgrund eines medizinischen Problems die Kontrolle über sein Fahrzeug, fuhr bei der Verzweigung mit einer anderen Strasse gerade aus, kollidierte mit einer Signalisationstafel , überfuhr das Trottoir, kollidierte mit einer Rotlichtüberwachungskamera und überquerte eine Böschung sowie einen Parkplatz, bevor das Fahrzeug das Schaufenster eines Beleuchtungsgeschäfts durchbrach und in dessen Innern zum Stillstand kam (E. 3.3).

Der Beschwerdegegnerin ist darin zuzustimmen, dass dieses Geschehen als relativ spektakulär einzustufen ist (Urk. 2 E. 8.e.aa). Mit Blick auf die erwähnten Urteile des Bundesgerichts (E. 4.9) hat sie das Kriterium der besonders dramatischen Be gleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu Recht bejaht.

Dennoch besteht noch ein grosses Spektrum an bedeutend dramatischeren Unfäl len, wie sich etwa am Sachverhalt des Bundegerichtsurteils 8C_508/2008 exemp larisch zeigt (vgl. E. 4.9) . Hingegen unterscheidet sich der vorliegende Unfall nicht stark von

demjenigen, bei welchem vom Bundesgericht trotz Frontalkollision und Schleuderung ins angrenzende Wiesland die besondere Eindrücklichkeit verneint worden war (Urteil 8C_720/2017; vgl. E. 4.9). Mit der Beschwerdegegnerin verbietet sich daher die Annahme, dass das besagte Adäquanzkriterium vorliegend in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre. Da es das einzige zu bejahende Kriterium ist, ist die Adäquanz von allfälligen medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen, womit sich eine Prüfung der natürlichen Kausalität mit der Beschwerdegegnerin (E. 2.1) erübrigt (E. 1.3-4).
4.11

Der Vollständigkeit halber ist noch darauf hinzuweisen, dass keiner der behandelnden Fachärzte eine psychische Mitbeteiligung bei den geklagten Fussbeschwerden explizit diskutierte und auch kein Besuch eines Psychiaters aktenkundig ist. Eine relevante

psychische Mitbeteiligung am Beschwerdebild ist unter diesem Blickwinkel unabhängig von einer allfälligen Unfallkausalität ohnehin unwahrscheinlich. 4.12

Im Ergebnis ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit dem 16. Oktober 2017 aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht in einer angepassten körperlich leichten bis wechselbelastenden, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit unter Unterlassung näher genannter Verrichtungen (E. 3.12) zu 100 % arbeitsfähig ist.

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 5.

E. 5

) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 28. Februar 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 5.1

Das Valideneinkommen berechnete die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom 24. Oktober 2017, wonach dieser bei einer Vollzeitanstellung im Jahr 2017 einen Monatslohn von Fr. 5'430.- (vgl. Urk. 6/146/1) und somit bei 13 Monatslöhnen einen Gesamtverdienst von Fr. 70'590.-- erzielt hätte (Urk. 2 E. 9.b). Diese Angaben der Arbeitgeberin sind mit Blick auf die Lohnabrechnungen des Jahres 2015 (Urk. 6/146/5-15) und auf den Auszug aus dem individuellen Konto (IK; Urk. 6/218) schlüssig und das Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 70'590.-- unbestrittenermassen korrekt.

E. 5.2

der Medizinischen Abteilung der Suva (Integritätsschaden bei Arthrosen) besteht bei einer USG-Arthrose sowie einer OSG-Arthrose bei einer mässigen Ausprägung je ein Integritätsschaden von 5 bis 15 %.

Im Herbst 2017 bestanden lediglich im USG Anzeichen für eine leichte Arthrose, welche ihrerseits an sich gemäss der erwähnten Feinraster-Tabelle noch keinen Integritätsschaden begründet. Korrekterweise (vgl. E. 6.1) berücksichtigte der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 16. Oktober 2017 jedoch auch voraussehbare Verschlimmerungen angemessen, indem er festhielt, im Hinblick auf eine mittel- bis langfristige Verschlimmerung sei davon auszugehen, dass sich im USG und OSG eine mässige Arthrose entwickeln könnte (E. 3.12). Hierauf wies er auch am 7. September 2018 zu Recht noch einmal hin (E. 3.15). Dass im MRI vom 11. April 2019 eine leichtgradige OSG-Arthrose sowie eine fortgeschrittene USG-Arthrose gesehen wurde, vermag somit nichts an der Zuverlässigkeit

und Schlüssigkeit der Einschätzung vom 16. Oktober 2017 durch Dr. D.____ zu ändern, anlässlich welcher er aufgrund der aktuellen Befunde und unter Berücksichtigung einer möglichen Entwicklung einer mässigen Arthrose im USG und OSG den Integritätsscha den auf je 7.5 % , mithin insgesamt auf 15 % festlegte (E. 3.12).

Weshalb dieser Wert nicht angemessen sein sollte, wurde vom Beschwerdeführer nicht weiter substantiiert und ist nicht einzusehen. 6.4

Entsprechend ist der angefochtene Einspracheentscheid auch hinsichtlich der zu gesprochenen Integritätsentschädigung basierend auf einer

Integritätseinbusse von 15 % nicht zu beanstanden.

Dies führt zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelMuraro Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E. 5.3

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 70'590.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 61'504.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 9'086.-- und demnach bei einem Invaliditätsgrad von rund 13 % ein Anspruch auf eine entsprechende Invalidenrente.

In dieser Hinsicht erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid somit als rechtens. Zu prüfen bleibt die Höhe der Integritätsentschädigung. 6. 6.1

02.2021 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). Nach 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 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, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des An

hangs 3.

Voraussetzbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden an gemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4). 6.2

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) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet.

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich. Soweit sie je doch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 6.3

Gemäss Feinraster-Tabelle

E. 7

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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