

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00132 vom 21. Januar 2026

ZH Sozialversicherungsgericht, 2026-01-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00132 du 21 janvier 2026

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00132 del 21 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1

9 zeigte eine nicht dislozierte Fraktur des Os cuneiforme mediale (Urk. 11/8). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) und führte bei persistierenden Beschwerden am 6.

März 2020 eine kreisärztliche Untersuchung durch (Urk. 11/94). Am 13. März 2020 teilte sie

dem Versicherten mit, dass er die Arbeit in angestammter Tätigkeit ab Mitte April wieder zu 50 % und ab Mitte Mai 2020 zu 100 % aufnehmen könne und daher das Taggeld ab dem 15. April noch zu 50 %

ausgerichtet und ab dem 18. Mai 2020 eingestellt werde

(Urk. 11/96). Die zwischenzeitlich ebenfalls involvierte Eidgenössische Invalidenversicherung stellte mit Vorbescheid vom 6. Mai 2020 die Verneinung eines Anspruchs auf IV Leistungen in Aussicht (Urk. 11/127). Am 12. Mai 2020 teilte die Suva mit, dass die weiterhin attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht Folge des Unfalls seien (Urk. 11/128). Am

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 Referenzalters 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_459/2023 vom 18. Juni 2024 E. 4.3 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_459/2023 vom 18. Juni 2024 E. 4.3 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_471/2024 vom 13. Februar 2025 E. 3.3 und 8C_81/2024 vom 28. Oktober 2024 E. 3.1, je mit Hinweisen). Bei Vorliegen psychischer Unfallfolgen hat der Fallabschluss zu erfolgen, sobald von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_81/2024 vom 28. Oktober 2024 E. 3.1 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 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. 3.3 und E. 3.5; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_590/2023 vom 15. Oktober 2024 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungs interner 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 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2024 vom 14. Februar 2025 E. 2.3). Das Anstellungs verhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Ver - sicherungs träger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befan genheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Ver sicherungsfall 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 Abklä rungen 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

6. Februar 2021 wieder aufgenommen habe (Urk. 11/194). Am 5. Oktober 2021 teilte sie mit, dass sie für die linksseitigen Fussb eschwerden weiterhin die Versicherungsleistungen erbringe, während sie für die Fussbeschwerden rechts die Kausalität zum Unfallereignis vom 1. Mai 2019 ablehne

(Urk. 11/258). Nach erneuter Vorlage zur Stellungnahme an den Kreisarzt (Urk. 11/274) teilte die Suva am 17. Dezember 2021 mit, dass der unfallbe dingte Endzustand erreicht sei und ab 1. Januar 2022 die Heilkosten leistungen und ab 1. März 2022 die Taggeldleistungen ein gestellt w ü rde n (Urk. 11/ 278). Vom 1. März bis 31. August mit Verlängerung bis 30. November 2022 gewährte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Aufbau training über die A. ____

zuzüglich Taggelder , wobei die Eingliederungsmassnahme n vorzeitig per 7. Oktober 2022 abgebrochen wurde n (Urk. 11/293, 11/298 und 11/333) . Mit Verfügung vom 12. Dezember 2022 (Urk. 11 / 357) lehnte

die Suva einen A nspruch auf Rente bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 5 % sowie

eine n Anspruch auf Integritätsentschädigung ab . Daran hielt sie auf Einsprache des Versicherten hin (Urk. 11 / 363 und Urk. 11/367) mit Entscheid vom 11. Juni 202

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid fest (Urk. 2 S. 5 f.), gemäss medizinische r B eurteilung

ihrer Kreisärztin lasse sich weder mit einer weiteren Operation noch mittels

Fortführung der konservativen Mass nahmen eine wesentliche Verbesserung

der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit erzielen , weshalb vom medizinischen Endzustand aus zugehen

sei. D er Abschluss des Verfahrens bei der Invalidenversicherung müsse dazu nicht ab gewartet wer den (S. 6). Dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit aufgrund der Unfall folgen nicht mehr zumutbar . L eichte bis gelegentlich mittelschwere, überwiegend

sitzende Tätigkeiten, ohne überwiegend stehende oder gehende

Arbeiten oder solche mit Gehen in unebenem Gelände und ohne häufige Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie ohne solche, die häufiges Knien und Kauern erfordern, seien ihm aber ganztags zumutbar (S. 10). Unter Berücksichtigung dieses Belastungsprofils lasse sich ein Invalideneinkommen von Fr. 66'073.-- erzielen. Ein

zusätzlicher leidensbedingter Abzug sei dabei nicht zu berücksichtigen

(S.

11). Abge stellt auf die Lohnangaben der Firma Y.____ AG, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2022 einen Monatslohn von Fr.

5'374.-- x 13 und Schichtzulagen

von rund Fr.

1'300.-- hätte erzielen können, sei

von einem Validenlohn von Fr. 70'982.-- auszugehen (S. 11). Daraus resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. 2. 2

Der Beschwerdeführer stellte sich im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1

S.

13 ff.), die Fachärztin für Neurologie Dr. med. B.____

sei aufgrund der Untersuchung vom 30. März 2023 zum Ergebnis gelangt, dass als Schmerzursache

eine L5 Reizung auf der linken Seite bestehe und es trotz Dosissteigerung von Qutenza zu keiner Besserung der neuropathischen Schmerzen gekommen sei. Nach Sichtung der Arztberichte von Dr. B.____

habe die

Versicherungsmedizinerin med. pract. C.____ am 20. Juni 2023 die Kausalität bezüglich der unfallbedingten Behandlung der lokalen Schmerzen mit

Qutenza bestätigt und eine Re-Evaluation in spätestens sechs Monaten vorgesehen. Die Beschwerdegegnerin habe hierauf Kostengutsprache für die Therapie mit Qutenza für sechs Monate erteilt. Damit habe sie bestätigt, dass der medizinische Endzustand noch nicht erreicht sei. Die Leistungsterminierung per 1. Januar 2022 (Heilungskosten) bzw. 1. März 2022 (Taggelder) sei damit zu früh erfolgt. Vom 2.

November bis 20. Dezember 2023 habe er sich

auch noch stationär in der Rehaklinik D.____ aufgehalten (S. 14).

Vom 19. März bis am 18. Juni 2024 sei er an fünf halben Tagen pro Woche im Behandlungsprogramm der E.____ (E.____) gestanden und es sei bestätigt worden, dass die Schmerzproblematik des operierten linken Beines den sozialen Rückzug und das psychische Leiden verstärke (S. 18). Beim Einkommensvergleich habe die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen eine 41.7 Stunden Woche berücksichtigt, weshalb auch das Validenlohn auf 41.7 Stunden hoch zurechnen sei. Beim Invalideneinkommen sei zudem ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10

% wie bei der IV gemäss

Art. 26 bis

Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vorzunehmen (S. 23). Daraus resultiere bereits ein Anspruch auf eine 18%ige Unfallrente gemäss Eventualantrag (S. 24). 3. 3.1

Im Bericht der Radiologie F.____ über die Röntgen untersuchungen des Thorax, Fuss es links

und OSG links vom 6. Mai 2019 (Urk. 11/7) hielt der Radiologe fest, gemäss Angaben habe der Beschwerdeführer am 1. Mai 2019 ein en

Motor radunfall in der Z.____

mit Sturz auf die linke Seite, eine Kontusion des Thorax links

sowie des Vorfuss es medial

erlitten . In Bezug auf den Thorax liege zum Vergleich die Voruntersuchung vom 10. Dezember 2018 vor. Es zeigten sich u nver ändert ein unauffälliger Herz- und Lungenbefund, insbesondere kein Anhalt für

Lungenkontusionen, eine n Pleuraerguss und keine Hinweise für eine Rippenfraktur. In Bezug auf den linken Fuss liege zum Vergleich die Vorunter suchung vom 7. November 2018 vor. Ein Nachweis einer Fraktur am OSG ergebe sich nicht und es zeigten sich eine harmonische Malleolengabel , ein mittelgrosser oberer Fersensporn und ein kleiner unterer Fersensporn. Die ossäre n Strukturen am Mittelfuss, den Metatarsalia und den miterfassten Phalangen seien unver ändert intakt. 3.2

Im MR I des oberen Sprunggelenks (OSG) links vom 14. Mai 2019 (Urk. 11/8) befunde der Radiologe eine nicht dislozierte schräg horizontale Fraktur des Os cuneiforme mediale mit kräftigem Knochenmarködem und leichter reaktiver Synovialitis im Lisfranc -Gelenk I sowie im Intermetatarsalgelenk zwischen Os cuneiforme und Os naviculare. Die Frakturlinie verlaufe in die proximale und distale Gelenkfläche des Os cuneiforme mediale, jedoch sei keine Dehiszenz oder Stufenbildung erkennbar. Es bestehe ein massiges diffuses umgebendes Weich teilödem mit Punctum maximum am Fussrücken. Die übrige n miterfassten muskuloske lettale n Strukturen des linken Fusses seien unauffällig, insbesondere auch das miterfasste Sprunggelenk zeige eine intakte normalkalibrige

Achilles sehne und Plantaraponeurose sowie intakte begleitende Flexoren- und

Extensorensehnen . 3.3

Kreisärztin med. pract . G.____ , Fachärztin für Anästhesiologie, hielt anlässlich der Untersuchung vom 6. März 2020 (Urk. 11/94) fest (S. 4 ff.) , der Beschwerdeführer gebe Restbeschwerden im Bereich des linken Fusses an. Wenn er den Fuss belaste, habe er stechende Schmerzen. In Ruhe seien die Schmerzen bei 5 VAS, bei Bewegung bis 8 VAS. Vor Kurzem habe er noch Krücken benutzt, der Hausarzt habe ihm aber gesagt, dass er die Krücken weglassen und den Fuss wieder belasten solle . Er nehme weiterhin Dafalgan , drei bis vier Tabletten täglich. Die Physiotherapie erfolge

gegenwärtig zweimal pro Woche, dazu mache er Hausübungen. Seinen Alltag verbringe er mehr zuhause, insbesondere nachdem das Coronavirus ausgebrochen sei. Der Haushalt

werde von der Ehefrau erledigt und er beteilige sich an der Hausarbeit nicht. Autofahren sei möglich, bis jetzt habe er nur kürzere Strecken von 10 bis 20 km gefahren. Inspektorisch zeige sich der linke Fuss unauffällig. Die aktive Beweglichkeit sei beidseits gleich und es zeige sich nur eine minimale Einschränkung der Plantarflexion links. Passiv bestehe eine seitengleiche freie Beweglichkeit beider Sprunggelenke/Füße. Nach Kenntnis der medizinischen Berichte zeigten sich die klinischen Befunde des linken Fusses zur aktuellen Untersuchung nicht mehr relevant verändert. Sowohl klinisch als auch radiologisch könne keine wesentliche Pathologie festgestellt werden. Ab Mitte April sei er in

50%ige Arbeitsfähigkeit

zu

erwarten und ab Mitte Mai sollte die volle

Arbeitsfähigkeit

erreicht

werden

können . 3.4

Im Operationsbericht der Universitätsklinik H.____ vom 26. Februar 2021 (Urk. 11/191) über die OSG-Arthroskopie mit Resektion von Vernarbungen antero-lateral und mit Stabilitätsprüfung wurden folgende Diagnosen festgehalten: Verdacht auf anterolaterales OSG-Impingement links mit/bei Status nach Fraktur Os cuneiforme mediale sowie Insuffizienzfraktur Taluskopf

Fuss links mit/bei - Status nach CRPS Grad I - Status nach Motorradunfall vom 1. Mai 2019. Der zuständige Operateur führte aus, der Beschwerdeführer leide unter anterolateralen OSG-Beschwerden. Klinisch bestehe der Verdacht auf ein anterolaterales OSG-Impingement. Bei ausgeprägtem Leidensdruck habe man sich zur Arthroskopie mit Débridement, Inspektion, Bandprüfung und gegebenenfalls Bandrekonstruktion entschieden.

Im Austrittsbericht vom 28. Februar 2021 (Urk. 11/192) wurde festgehalten, der peri- und postoperative Verlauf habe sich problemlos gezeigt. Die Mobilisation mittels Physiotherapie sei problemlos möglich gewesen und postoperativ hätten keine Hinweise auf sensible oder motorische Ausfälle imponiert. Die Wunden seien stets reizlos und trocken gewesen und die Entlassung nach Hause sei in gutem Allgemeinzustand, afebril und schmerzarm erfolgt. 3.5

Anlässlich der Verlaufskontrolle in der Universitätsklinik H.____ vom 15. Juli 2021 (Urk. 11/228) hielt der zuständige Arzt fest, der Beschwerdeführer beschreibe weiterhin starke Ruheschmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenks linksseitig. Zudem beklage er nun auch zunehmende Schmerzen auf der rechten Seite. Inspektorisch bestünden am linken Fuss reizlose Arthroskopieportale. Es bestehe eine massive Druckdolenz im Bereich des vorderen OSG und die OSG-Beweglichkeit Dorsalextension/Plantarflexion betrage 5-0-40°. Die Seitenbänder seien stabil. Es werde

eine weitere MRI Rückfuss beidseits erfolgen . 3.6

Im MRI vom 2. September 2021 (Urk. 11/245) wies der Radiologe hinsichtlich des Befundes am Rückfuss links auf die auswärtigen Voruntersuchungen vom 6.

Januar 2020 und die konventionellen Röntgenbilder vom 27. Oktober 2020 zum Vergleich hin. Er ersah eine geringe Osteopenie, am Mittelfuss subchondral lokalisiert sehr wenig Knochenmarködem im Rahmen früher Arthrose-Veränderungen, narbige Veränderungen des Ligamentum fibulotarsale anterius sowie geringe narbige Veränderungen ohne Reizzustand am OSG anterolateral. 3.7

Im Sprechstundenbericht der Universitätsklinik H.____ vom 19. Oktober 2021 (Urk. 11/266) hielten die Ärzte fest, zwischenzeitlich sei eine Infiltration ins TMT II rechts sowie ins OSG links durchgeführt worden. An der TMT II-Arthrose rechts hätten sich die Beschwerden zurückgebildet. Links im OSG seien die Beschwerden unverändert,

wobei die Schmerzen, insbesondere bei längerer Belastung, vorhanden seien. Es zeige sich damit ein Teilerfolg. Eine zweite operative Versorgung mittels Arthroskopie wäre aus ihrer Sicht nicht zielführend. Somit verbleibe nur die konservative Therapie mit Stabilisierung im OSG links. Die aktuellen Beschwerden liessen eine Arbeitsfähigkeit als Maschinenführer nicht zu und somit werde eine erneute Arbeitsunfähigkeit zu 100% ausgestellt. 3.8

In der Aktenbeurteilung vom 14. Dezember 2021 (Urk. 11/273 -274) hielt die Kreisärztin G.____ fest, die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei weiterhin ausgewiesen und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit könne nie mehr erreicht werden. Eine weitere Operation sei laut behandelnden Ärzten der Universitätsklinik H.____ nicht zielführend.

Aufgrund des bisherigen Verlaufes, mit weiterhin bestehenden Beschwerden, insbesondere

bei Belastung, könne unter Fortführung der konservativen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung, insbesondere der aktuellen Zumutbarkeit, erwartet werden. Insofern könne schon jetzt vom medizinischen Endzustand ausgegangen werden. Hinsichtlich Zumutbarkeit sei dem Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar. Ausschliesslich über überwiegend stehende und gehende Arbeiten, häufige Arbeiten auf unebenem Gelände, häufige Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, häufig kauende und kniende Tätigkeiten seien aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen.

Aufgrund der leicht eingeschränkten Beweglichkeit des linken OSG, nur die Dorsalexension sei eingeschränkt, könne die Tabelle 2 UVG, Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, nicht angewendet werden. Radiologisch zeige sich aktuell keine mässige Arthrose, sodass die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung bei Arthrosen, gemäss Tabelle 5 UVG, ebenfalls nicht erfüllt seien. Da die Entwicklung einer Arthrose sehr individuell sei, könne die Diagnose aufgrund der bisherigen fehlenden Dynamik in Richtung posttraumatischer Arthrose nicht mit der hierfür erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit prognostiziert werden, so dass

in einem überschaubaren Zeitraum auf die Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose mindestens mässiggradigen Ausmasses zu schliessen und damit ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden begründet wäre. Deswegen könne eine voraussehbare Verschlimmerung zum aktuellen Zeitpunkt nicht berücksichtigt werden. 3.9

Im neurologisch-neurophysiologischen Untersuchungsbericht der Universitätsklinik H. ____ vom 30. August 2022 (Urk. 11/336/2-3) hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer beschreibe zweierlei Schmerzen, eine Schmerzsymptomatik, welche führend lumbal sei und die zeitweise über den lateralen Unterschenkel in den Fussaussenrand ausstrahle. Zudem bestünden auch starke Schmerzen im Bereich des Vorfusses. Die aktuelle Untersuchung sei kongruent mit einem leicht chronisch neurogenen Umbau im Segment L5 auf der linken Seite, für das Segment S1

ergebe sich kein solcher Befund, obwohl die Schmerzausstrahlung hier für passender wäre. Seitens der Radiologie werde keine mehrgliedrige LWS beschrieben. Hinweise für ein CRPS-Typ II, insbesondere bei positivem Tinel-Phänomen über dem Fussrücken und einer damit möglich assoziierten Läsion des N. peroneus superficialis, zeigen sich elektromyographisch keine. 3.10

Dr. med. B. ____, Fachärztin für Neurologie, listete im Bericht vom 5. Mai 2023 (Urk. 11/376) anlässlich der Behandlung vom gleichen Tag folgende Diagnosen auf: 1. CRPS Grad I mit/bei - osteopener Insuffizienzfraktur des subchondralen

Taluskopfes sowie

subchondraler

bone

bruise

kalkaneokuboidal und im Bereich des

Talusdoms, Erstdiagnose

September 2019 2. Chronische Lumboischialgie links mit/bei - MRI LWS vom 21.

Dezember 2022: Kleine rezessale

Diskusprotrusion LWK

5/SWK 1 links, Höhe L4/5 unveränderte rechts mediolaterale

Discusprotrusion mit möglicher discogener

Affektion der Nervenwurzel L5 rechts rezessal - Nervenwurzelblock S1 links vom 21.

Dezember 2022: 20%iges Ansprechen für 3

Tage - Nervenwurzelblock L5 links vom 25. Oktober 2022: Beschwerdereduktion für

eine Woche Die Ärztin führte aus, unter Cymbalta 60

mg sei es einigermaßen besser, jedoch nach Spaziergängen von 15 Minuten Dauer bestehe

eine Schmerzaggravation im Sprunggelenk. Der Schlaf sei durch die brennenden

Dysästhesien und messerstichartigen Schmerzen weiterhin gestört. Trotz Dosissteigerung

sei es zu keiner wesentlichen Besserung der neuropathischen Schmerzen gekommen. Bei

peripheren lokalen Nervenschmerzen wäre hier die lokale Therapie mit Qutenza

zu empfehlen und es werde die Beschwerdegegnerin um Kostenübernahme für ein

Therapieversuch mit dem Qutenzapflaster gebeten. 3.11

Am 17. Mai 2023 (Urk. 11/380) führte die Versicherungsmedizinerin med. pract. C. ____,

Fachärztin für Chirurgie, zur Frage,

ob die lokale Therapie mit Qutenza medizinisch indiziert sei und die Leistungen dafür erbracht werden könnten, aus, gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung vom 14. Dezember 2021 betreffen die Leistungen nach Fallabschluss vier Arztkonsultationen jährlich, vier Infiltrationen jährlich sowie das erforderliche Schmerzmittel und Sprunggelenkbandage gemäss Heilkosten. Durch Dr. B. _____

werde nun um Kostengut sprache für Qutenza ersucht. Von der Neurologin fehlten dazu aber diverse Berichte, die einzuholen seien.

Nach Eingang der Unterlagen und Wiedervorlage des Falls beantwortete die Versicherungsmedizinerin am 20. Juni 2023 (Urk. 11/388) die Frage, ob die lokale Therapie mit Qutenza medizinisch indiziert sei und die Leistungen dafür erbracht werden könnten und wenn ja wie lange, mit

«Ja» und «Wie beantragt, Re Evaluation in spätestens sechs Monaten». 3.12

Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 12. Januar 2024 (Urk. 11/424) über die stationäre Behandlung vom 2. November bis 20. Dezember 2023 listeten die Ärzte folgende Diagnosen auf: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Status nach Fraktur Os cuneiforme mediale sowie Insuffizienzfraktur Taluskopf Fuss links mit/bei Motorradunfall vom 1. Mai 2019 mit/bei CRPS Grad I ED 09/2019 - Status nach OSG-Arthroskopie, Resektion von Vernarbungen anterolateral, Stabilitätsprüfung vom 26. Februar 2021 mit/bei Verdacht auf anterolaterales OSG- Impingement links - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom 10/2018 Mittelgradige depressive Episode (F32.1), Burning feet Syndrom nächtlich ED 2019 DD Fasciitis plantaris, PNP, cvRF : Arterielle Hypertonie ED 01/2022, Dyslipidämie, ED 01/2016, pos. Familienanamnese, Creatinkinase -Erhöhung a. e. traumatisch, DD Myositis, DD rheumatologische Genese, DD virale

Myositis mit Thoraxschmerzen linksseitig, Ektasie der Aorta ascendens, Vitamin-B12-Mangel, ED 12/2018 Zum Behandlungsverlauf berichteten die Ärzte (S. 5 f.),

der Beschwerdeführer sei mit einem depressiven Zustandsbild sowie einer chronischen Schmerzstörung eingetreten. Aufgrund der depressiven Symptomatik sei mit einer antidepressiven Medikation begonnen worden, worunter sich die Symptomatik leicht gebessert habe. Bei ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund der Parästhesien des Unterschenkels/Fusses links sei mit Quetiapin 50 mg begonnen worden, wodurch die Einschlaflatenz verkürzt und die nächtliche Schlafdauer hätten erhöht werden können. Im Austrittsgespräch habe sich der Beschwerdeführer über seit einigen Tagen bestehende nächtliche linksthorakale Schmerzen bzw. Druck beklagt, sodass am Austrittstag noch eine EKG- sowie eine Troponin-Kontrolle zum Ausschluss eines kardialen Ereignisses erfolgt seien. Dabei hätten sich sowohl das EKG als auch der Troponin-Wert unauffällig gezeigt und der Beschwerdeführer habe die Klinik in stabilem Allgemeinzustand verlassen können. 4.

E. 4

erhob der Versicherte am 1

E. 4.1

Vorweg ist in Bezug auf den Fallabschluss festzuhalten, dass gemäss der medizinischen Aktenlage im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Januar 2022

und damit 20 Monate nach dem Unfallereignis vom 1. Mai 2019 keine Therapieoptionen mehr vorgeschlagen werden konnten, die eine namhafte Besserung der Beschwerdesituation im Sinne einer ins Gewicht fallenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit (E. 1.2) erwarten liessen. Dies erschliesst sich insbesondere aus den Verlaufsberichten der Universitätsklinik H.____, wo nach bei persistierenden Beschwerden nach der OSG-Arthroskopie vom 26. Februar 2021 sowie

den erfolgten Infiltrationen

die behandelnden Ärzte im weiteren Verlauf ausdrücklich keine

weiteren operativen Eingriffe mehr empfehlen konnten (vgl. E. 3.4 und E.

3.7 hiervor). Die Kreisärztin G.____

hielt diesbezüglich im Dezember 2021 nachvollziehbar fest, dass vom medizinischen Endzustand aus zugehen sei (E. 3.8 hiervor). Denn eine allfällige blosser Verbesserung des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass eine versicherte Person etwa von einer Therapie lediglich profitieren kann, steht einem Fallabschluss grundsätzlich nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_172/2018 vom 4. Juni 2018 E. 4.3). Entsprechend hindert der Umstand, dass ärztlicherseits allenfalls eine Schmerztherapie in Betracht gezogen wird, den Fallabschluss nicht, zielt eine solche Behandlung doch nicht auf die Heilung des (somatischen) Gesundheitsschadens, sondern bildet regelmässig eine auf blosser Symptombekämpfung gerichtete Massnahme (Urteil des Bundesgerichts 8C_363/2020 vom 29. September 2020 E. 4.1 mit Hinweis). Daran ändert

auch nichts, dass die Beschwerdegegnerin bei Fallabschluss darauf hingewiesen hat, dass sie künftig für vier jährliche Infiltrationen sowie für erforderliche Schmerzmittel und Sprunggelenkbandagen aufkomme. Dass aufgrund einer späteren kreisärztlichen

Stellungnahme

im Mai/Juni 2023 für eine lokale Behandlung mit Schmerzpflaster (Qutenza)

eine Kostengutsprache erteilt wurde (vgl. E. 3.11), steht dem Fallabschluss auch nicht entgegen und daraus ist insbesondere auch nicht her zu leiten, dass die Beschwerdegegnerin damit selbst bestätigt habe, dass der medizinische Endzustand doch noch nicht erreicht

sei (vgl. E. 2.2 hiervor). Andere Erkenntnisse ergeben sich auch aus den vom Beschwerdeführer erwähnten späteren Berichten nicht. So zeigten die neurologisch-neurophysiologischen Untersuchungen an der Universitätsklinik H.____ vom 30. August 2022 mit dem Befund eines leichten chronisch neurogenen Umbaus im Segment L5 eine degenerative Wirbelsäulenproblematik auf, der augenscheinlich nicht mit dem Unfallereignis vom 1. Mai 2019 und der dabei erlittenen Verletzung am OSG links in Verbindung gebracht werden kann. Im Weiteren ergaben sich bezüglich der Verletzung am OSG ausdrücklich auch keine Hinweise für ein CRPS-Typ II und

eine Läsion des Nervus peroneus superficialis. Andere Erkenntnisse lieferte sodann auch Dr. B.____ nicht, welche nebst den unfallfremden chronischen

Lumboischialgien und deren Behandlung mit Nervenwurzelblocks und Analgetika (Cymbalta 60 mg)

bezüglich des OSG links lediglich eine lokale Therapie mit Schmerz pflaster (Qutenza) empfehlen konnte (E. 3.10). Im Bericht der Klinik D.____

vom 12. Januar 2024 wurde sodann nebst dem bereits seit Oktober 2018 bestehenden chronischen

lumbospondylogenen Schmerzsyndrom ein depressives Zustandsbild beschrieben , welches mittels antidepressiver Medikation behandelt wurde , und thorakale Schmerzen mit möglicher Ursache eines kardialen Ereignisses

untersucht, wobei dies mittels EKG ausgeschlossen werden

konnte (vgl. E. 3.12) . Dass diesbezüglich eine Kausalität zum Unfallereignis vom 1. Mai 2019 hergestellt werden könnte, ist nicht einsehbar und dafür ergeben sich keine Anhaltspunkte.

Da mit überzeugt der Schluss der Kreisärztin G.____ ,

dass keine anderen Massnahmen mehr zur Diskussion standen und der Endzustand (im Dezember 2021)

erreicht war (Urk. 11 / 274). Der Fallabschluss unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ist folglich nicht zu beanstanden.

E. 4.2

Auch mit Blick auf die medizinischen Fragestellungen im Zusammenhang mit diesen Leistungsansprüchen drängen sich an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung der Kreisärztin

G.____ vom 14. Dezember 2021 (E. 3.

E. 6

August 2024 Beschwerde und beantragte (Urk. 1 S.

2) , dieser sei aufzuheben und es sei ein

für das Unfalleiden vom 1. Mai 2019 die gesetzlichen Leistungen auch nach dem 1. Januar 2022 (Heilungskosten) bzw. nach dem 1. März 2022 (Taggelder) bis zur Erlangung des medizinischen Endzustandes und/oder Abschluss der Eingliederungsmassnahmen weiterhin auszurichten. Danach sei der Anspruch auf eine Unfallrente und Integritätsentschädigung zu prüfen.

Eventualiter sei ein neurologisches-orthopädisches Gutachten

inkl. EFL-Testung erstellen zu lassen.

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. November 2024 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was dem Beschwerdeführer am 15. November 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

) keine Zweifel auf. So legte sie in umfassender Aktenkenntnis und gestützt auf ihre frühere Untersuchung vom 6. März 2020 nachvollziehbar dar, dass im Hinblick auf die

reinen Unfallfolgen einerseits die angestammte Tätigkeit als Verpackungsmaschinenführer mit stehenden und gehenden Belastungen (vgl.

Urk. 11/41) nicht mehr möglich ist. Andererseits überzeugt die Einschätzung, dass eine angepasste leichte bis gelegentlich mittelschwere, überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar ist und steh- und gehbelastende Arbeiten aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen sind. Davon abweichende Einschätzungen, welche die Beurteilung der Kreisärztin in Zweifel ziehen könnten, finden sich keine in den Akten. Bei dieser Ausgangslage musste die Beschwerdegegnerin auch den Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abwarten. Eine Steigerung des Invalideneinkommens war dadurch nicht zu erwarten (E.

1.2). Von weiteren medizinischen Abklärungen sind sodann

keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b).

4.3.4.3.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die verbliebenen Unfallfolgen in erwerblicher Hinsicht auswirken. 4.3.2

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die Lohnangaben der Y. ___ AG ab und ermittelte für das Jahr 2022 ein Einkommen von Fr. 69'682.-- (

E. 13

x Fr. 5'374.--

[Urk. 11/314/1 und Urk. 11/357 S. 3] . Im angefochtenen Entscheid berücksichtigte sie zudem eine jährliche Schichtzulage von Fr. 1'300.-- (vgl. Urk. 2 S. 11). In den Angaben des Arbeitgebers in der Schadenmeldung wurde unter der Rubrik andere Lohnzahlungen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) ein jährlicher Betrag von Fr. 1'193.80 festgehalten (Urk. 11/1 Ziff. 12) .

Angepasst an die Lohnentwicklung erscheint damit der Betrag von Fr. 1'300. -- gerechtfertigt, weshalb das

von der Beschwerdegegnerin errechnete Valideneinkommen von Fr. 70'982. —

nicht zu beanstanden ist. Nachdem dieses Einkommen bereits auf ein Vollzeitpensum abstellt,

ist dies es, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten hat (vgl.

Urk. 10 Ziff. 25), auch nicht weiter hochzurechnen. Eine Anpassung an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit über alle Wirtschaftssektoren (41.7 Stunden statt 41 Stunden im Betrieb des Beschwerdeführers, Urk. 1 Ziff. 7.5.2) ist nicht angezeigt, denn es ist auf die tatsächlichen Verdienstmöglichkeiten abzustellen.

Die Feststellung im vom Beschwerdeführer zitierten Urteil des Bundesgerichts 9C_864/2013 vom 9. Juli 2014 E. 4.2, dass Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage gegenüberzustellen sind, bezieht sich einzig auf das massgebende Jahr und die entsprechende Nominallohnentwicklung. 4.3.3

Nicht zu beanstanden ist das Invalideneinkommen, welches die Beschwerdegegnerin, da der Beschwerdeführer trotz zumutbarer Restarbeitsfähigkeit keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, gestützt auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) festlegte (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa) und dabei von einem Invalideneinkommen von Fr. 66'073.-- ausgegangen ist (vgl. Urk. 11/355). Gemäss dem hiervor aufgeführten Belastungsprofil ist dem Beschwerdeführer

eine angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar. Besondere berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad, die Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können, liegen nicht vor. Zum Vorbringen, es sei in Anwendung von Art. 26 bis

Abs. 3

IVV ein pauschaler Abzug von 10 % zu berücksichtigen, ist einerseits die Voraussetzung eines

nach Eintritt der Invalidität nur noch zumutbaren Pensums

einer Tätigkeit von 50 Prozent oder weniger nicht erfüllt. Andererseits hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen, dass gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung die Revision des IVG keinen Grund für eine entsprechende Änderung der Rechtsprechung im UVG-Bereich darstellt (BGE 148 V 174 E. 9.2.3).

Dem erzielbaren Invalideneinkommen von Fr. 66'073.--

steht damit ein mutmassliches Valideneinkommen von Fr. 69'628.-- gegenüber, woraus eine Einbusse von (gerundet) 5 % und damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit zu Recht verneint. 4. 4

Bezüglich der Integritätsentschädigung legte die Kreisärztin G.____ nachvollziehbar dar, dass aufgrund der leicht eingeschränkten Beweglichkeit des linken OSG, wobei nur die Dorsalextension eingeschränkt

ist,

keine Funktionsstörung an den unteren Extremitäten im Sinne der Tabelle 2 UVG vorliegt. Aufgrund der Bildgebung liegt auch (noch) keine Arthrose gemäss Tabelle 5 UVG vor. Der fehlende Anspruch betreffend Integritätsschaden ist damit überzeugend begründet. Eine andere konträre medizinische Beurteilung liegt nicht vor und ausser, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt sei, wurde vom Beschwerdeführer dazu auch nichts Weiteres vorgetragen. 5.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Juni 2024 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Rechtsanwältin Nadine Berchtold-Suter - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber
GräubNef

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