

UVG-Beschwerde (Fallabschluss, Beweiswert eines Arztberichts)

Es brauchen keine ergänzenden Abklärungen vorgenommen zu werden, wenn nicht die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichtes oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes vorliegen (Art. 61 lit. c ATSG). Der Zeitpunkt für den Fallabschluss ist erreicht, wenn die versicherte Person in ihrer angestammten Tätigkeit wieder vollzeitlich erwerbstätig sein kann (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Erwägungen:

I.

1. A., geboren (...) 1966, ist durch die B. AG obligatorisch gegen Unfälle versichert. Im September 2017 wurde er (...) beim Motorradfahren angefahren, wobei er Verletzungen am linken Bein erlitten hat.
2. Am 30. Oktober 2018 wurde A. durch den Vertrauensarzt der B. AG, Dr. med. C., Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, Bellinzona, untersucht. Dieser gab in seinem Bericht vom 13. Dezember 2019 an, der Patient habe über anhaltende, vor allem belastungsabhängige Schmerzen an der Bruchstelle des linken Schienbeins, Schmerzen im linken Sprunggelenk und Anlaufschmerzen geklagt. Er habe angegeben, dass er morgens eine Gangstrecke von 200 Meter zurücklege und dann wegen Schmerzen aufhören müsse, am Abend noch weniger, weil die Schmerzen früher auftreten würden. Er habe grosse Schwierigkeiten beim Hinauf- und Hinuntergehen von Treppen, nachts starke Knieschmerzen beidseits und in der linken Wade und Unbehagen und Schwellung der Muskelhernie im linken Bein. Er könne nicht rennen. Zur Sicherheit trage er eine Krücke mit, falls er längere Strecken zu Fuss zurücklegen müsse. Beruflich benutze er häufig das Auto mit Automatik. Aktuell Physiotherapie mit positiver Wirkung. Die körperliche Untersuchung ergab Folgendes: geschlossene nicht gereizte Narben, Beinachse korrekt, nur minimale Schwellung, Druckschmerz auf Frakturkallus der linken Tibia, Muskelhernie der vorderen Loge, reduzierte Beweglichkeit OSG links mit Plantarflexion/Dorsalextension 30-0-0', hinkender Gang, reduzierte Kraft bei der Plantarflexion und Dorsalextension Fuss links. Auf den radiologischen Bildern sei die Tibiafraktur noch nicht konsolidiert und die distale Fibulafraktur nur teilweise konsolidiert gewesen, es habe sich also um eine Pseudoarthrose gehandelt. Dr. med. C. empfahl, einen Versuch mit lokalen Stosswellenbehandlungen durchzuführen und bei anhaltender Pseudoarthrose eine chirurgische Revision mit Versorgung der Pseudoarthrose vorzunehmen. Die Wiederaufnahme der Arbeit im vollen Umfang sei noch nicht möglich.
3. Am 14. März 2019 unterzog sich A. in der Orthopädie der Universitätsklinik Balgrist Zürich einer fachärztlichen Untersuchung durch den Kniechirurgen, welcher in seinem Sprechstundenbericht festhielt, dass im Bereich des Kniegelenkes keine Läsionen bestünden, welche durch ein operatives Vorgehen verbessert werden könnten. In der Fuss-Sprechstunde von Dr. med. D., Orthopädie der Uniklinik Balgrist Zürich, erfolgten ambulante fachärztliche Untersuchungen sowohl am 11. April 2019 als auch nach der neurophysiologischen Untersuchung am 4. Juni 2019, wobei die Diagnosen Malunion Unterschenkel links mit/bei St. n. offener Unterschenkelfraktur im Rahmen eines Motorradunfalles 2017, St. n. Wunddébridement und Anlage eines Fixateurs externe (Sept 2017), aktuell ausgeprägter Kallusbildung Tibia und Fibula, Osteochondrale Läsion laterale Talusschulter links gestellt wurden. In der Neurophysiologieuntersuchung habe sich der Verdacht auf eine Peroneusläsion im Sinne einer Axonotmesis des linken N.

peroneus bestätigt. Nach der bereits durchgeführten CARD-Planung seien dem Patienten die operativen Möglichkeiten anhand der berechneten Guides erklärt und die Operation besprochen worden, wobei eine Korrekturosteotomie CARD-geplant der Tibia planen mit intraoperativem Sampling sowie Knochenanlage mit BTX und Inductos geplant sei. Der Patient habe sich dies noch überlegen wollen.

4. Am 13. Dezember 2019 reichte Dr. med. C. der B. AG seinen Bericht der beiden Untersuchungen vom 30. Oktober 2018 (vgl. obige Erwägung 2) und 15. Oktober 2019 ein. Er stellte folgende Diagnosen: Residuale posttraumatische Schmerzstörung und funktionelle Störung am linken Bein mit konsolidierten Diaphysenfraktur von Tibia und Fibula mit leichter Malunion (Fehlstellung), laterale Knorpelläsion der Trochlea tali links, leichte diffuse fettige Degeneration der Beinmuskulatur, Axonotmesis vom distalen Nervus peroneus profundus und narbige Veränderungen der Weichteile. Entfernung Fixateur externe am linken Bein (7. Juni 2018). Geschlossene Reposition der Beinfrakturen links und Ersatz des tibiotibialen Fixateur externe (11. Oktober 2017). Chirurgische Revision der Rissquetschwunden (RQW) am linken Bein, Knöchel und Fuss (5. September 2017). Geschlossene Reposition und Stabilisierung von Bein links mit tibiotibialen Fixateur externe und Naht von Rissquetschwunden am linken Bein, Knöchel und Fuss (4. September 2017). Verkehrsunfall (4. September 2017) mit bioassäurer Fraktur Bein links (offene Querfraktur am mittleren Drittel der Tibiadiaphyse und segmentäre Fraktur der Fibuladiaphyse), laterale Knorpelverletzung der Trochlea tali links, Weichteilverletzung und tiefe RQW Vorderseite Knöchel links und medial Fussrücken links. Nicht-dislozierte Fraktur vom Tuberculum majus humeri links (8. November 2015). Beidseitige Rotatorenmanschetten-Tendinopathie. Beidseitige Rhizarthrose. Degenerative multisegmentale Diskopathie und Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule. Zystische Veränderung Niere rechts. Anfängliche Arthrose OSG rechts. Angststörung in Behandlung (2017).
5. Dr. med. E., FMH Chirurgia ortopedica e traumatologia, Melide reichte der B. AG am 26. September 2020 seinen Bericht ein, in welchem er die Ergebnisse aus den Akten zusammenfasste und seine Beurteilung abgab.
6. Die B. AG stellte mit Entscheid vom 3. Februar 2020 die Taggeldleistungen per 1. Januar 2020 ein und sprach A. eine Integritätsentschädigung von 10% in der Höhe von Fr. 14'820.00 zu.
7. Gegen diese Verfügung erhob der Rechtsvertreter von A. am 19. Februar 2020 Einsprache.
8. Die B. AG lehnte die Einsprache von A. mit Entscheid vom 9. Dezember 2020 ab und entzog einer eventuellen Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

Als Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass der Gesundheitszustand des Versicherten i.S.v. Art. 19 UVG als stabil zu betrachten sei. Der Bericht von Dr. med. C. zeige deutlich, dass sich die Situation nach dem Unfall inzwischen stabilisiert habe. Die Frakturen seien konsolidiert und die Weichteile hätten sich mit bloss geringer Restfunktionsstörung erholt. Weitere Behandlungen seien nicht indiziert und würden nicht zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten führen. Die einzige in Frage kommende Operation, d.h. die von der Klinik Balgrist empfohlene Korrekturosteotomie der linken Tibia, sei objektiv nicht zumutbar. Derselben Meinung sei auch der andere miteinbezogene Vertrauensarzt Dr. med. E., der sich der Einschätzung von Dr. med. C. anschliesse und hinzufüge, dass die Operation vielleicht sogar zu einer Verschlimmerung führen könnte. Auch Dr. med. E. rate deshalb von einem weiteren chirurgischen Eingriff ab und er sei nicht der Ansicht, dass die Berichte der

Ärzte der Klinik Balgrist Elemente ergeben, welche der einstimmigen Meinung der Vertrauensärzte widersprechen. Daraus sei zu schliessen, dass durch die medizinische Behandlung objektiv keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten sei. Der Anspruch auf Behandlung und Taggeld sei somit zu Recht mit Wirkung per 31. Dezember 2019 erloschen. Aus dem Bericht von Dr. med. C. gehe hervor, dass es bestimmte Funktionseinschränkungen gebe, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall zu betrachten seien. Dazu gehörten insbesondere ein eingeschränkter Fersengang, eine leichte Veränderung des Bewegungsumfanges des Sprunggelenks (Plantarflexion um 10 Grad und Dorsalextension um 15 Grad), sowie eine Abnahme der Kraft der Dorsalextension der Grosszehe. Die Folge sei eine Einschränkung bei einer Reihe von Tätigkeiten: längere Belastung und übermässige Beanspruchung der Unterschenkel seien nicht mehr möglich, ebenso wie längeres Gehen ohne Pause über 2 bis 3 km, häufiges Gehen auf unebenem und unregelmässigem Gelände, wiederholtes Treppensteigen und –absteigen, Stehen über 45 bis 60 Minuten, Sitzen mit dem Knie in ständiger Beugung über 2 bis 3 Stunden, Betätigen von Pedalen und schweren Geräten mit dem linken Fuss, Hüpfen auf den linken Fuss, Arbeiten in linker einbeiniger Position, Heben schwerer Gewichte über 15 kg und Tragen von Gewichten über 5 kg über längere Strecken. Nach Auffassung des Vertrauensarztes würden alle diese Einschränkungen, unter Berücksichtigung der Aufgaben des Versicherten, der vollen Wiederaufnahme seiner üblichen Arbeitstätigkeit nicht entgegenstehen. Diese Ansicht habe auch Dr. med. E. geteilt, der in seinem Bericht darauf hingewiesen habe, dass die von seinem Vertrauensarzt-Kollegen beschriebenen Funktionseinschränkungen mit denen der behandelnden Ärzte der Klinik Balgrist übereinstimmen würden. Er stimme also zu, dass die angestammte Tätigkeit voll ausgeübt werden könne. Daraus folge die volle Arbeitsfähigkeit in seiner üblichen Tätigkeit als Finanzberater mit Aussendienstesätzen, ohne dass ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Der zugesprochenen Integritätsentschädigung von 10% würden die Erwägungen von Dr. med. C. zugrunde liegen, die der Versicherer für korrekt und vertretbar gehalten habe. Der Vertrauensarzt habe in seinem Bericht vom 13. Dezember 2019 gut beschrieben, dass trotz Heilung der Frakturen und Wunden im linken Bein durch die Verletzung vom 4. September 2017 bleibende Schäden auf Höhe der Weichteile des linken Beines und des linken Tibiotarsus entstanden seien. Die Beschwerden durch narbige Veränderungen im vorderen supramalleolären Bereich bei tiefer Laceration-Verletzung zusammen mit posttraumatischen Veränderungen der linken Cruralmuskulatur mit Ermüdung und Restschmerz seien nach Ansicht des Arztes vergleichbar mit einer Teilverletzung des Nervus peroneus, die nach SUVA-Tabellen einem Entschädigungswert von 5% entspreche. In Anbetracht der chondralen Verletzung des linken Talus und unter Berücksichtigung der absehbaren langfristigen Verschlechterung mit der Ausbildung einer leichten bis mittelschweren Arthrose des Tibiotarsus in der Zukunft, stelle sich eine Situation vergleichbar mit einer leichten bis mittelschweren talokruralen Arthrose dar, was einem Entschädigungswert von weiteren 5% entspreche. Daraus ergebe sich die Ermittlung eines Gesamtentschädigungswertes von 10%. Die Bewertung sei sogar von Dr. med. E. als grosszügig angesehen worden, er erklärte, dass streng genommen keine Entschädigung gerechtfertigt sei. Mangels punktueller Rüge und neuer Beweise bestehe kein Anlass, von der Entscheidung abzuweichen, den Anspruch auf Behandlung und Taggelder mit Wirkung per 31. Dezember 2019 einzustellen und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen.

9. Gegen den Einspracheentscheid der B. AG reichte der Rechtsvertreter von A. (folgend: Beschwerdeführer) am 1. Februar 2021 die auf Italienisch abgefasste Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Verwaltungsgericht, ein.

10. Mit prozessleitender Verfügung vom 3. Februar 2021 wurde dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Frist bis 17. Februar 2021 zur Einreichung der Beschwerdeschrift in deutscher Sprache angesetzt.
11. Innert erstreckter Frist reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 4. März 2021 die Beschwerdeschrift in deutscher Sprache ein, in welcher er eingangs aufgeführte Rechtsbegehren und gleichzeitig den formellen Antrag stellte, es sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen.
12. Der Rechtsvertreter der B. AG (folgend: Beschwerdegegnerin) reichte innert erstreckter Frist am 19. Mai 2021 eine Beschwerdeantwort ein, beantragte die Abweisung der Beschwerde und die Abweisung des Begehrens auf Erteilung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde.
13. Mit prozessleitender Verfügung vom 21. Mai 2021 wurde der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aufgefordert, bis 4. Juni 2021 die letzte definitive Steuerveranlagung und die letzte eingereichte Steuererklärung des Beschwerdeführers einzureichen, damit nach Ablauf der Frist zur Wahrung des rechtlichen Gehörs über das Gesuch um Erteilung der aufschiebenden Wirkung umgehend entschieden werden könne.
14. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte mit Schreiben vom 4. Juni 2021 die letzte definitive Steuerveranlagung und die letzte eingereichte Steuererklärung des Beschwerdeführers ein. Gleichzeitig reichte er den Sprechstundenbericht der Schulthess-Klinik Zürich vom 28. April 2021 ein, aus dem hervorgehe, dass die Behandlung nicht als abgeschlossen betrachtet werden könne. Im Übrigen widerspreche er vollumfänglich den Ausführungen der Beschwerdegegnerin.
15. Mit Präsidialentscheid vom 11. Juni 2021 wurde der Beschwerde keine aufschiebende Wirkung erteilt.

(...)

III.

1. Der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe gegen Art. 44 ATSG verstossen, da er das Gutachten von Dr. med. E. erst erhalten habe, als er den Einspracheentscheid erhalten habe, ist nicht gerechtfertigt. So sieht der Gesetzgeber eine Anwendung von Art. 44 ATSG, nach welchem der Versicherungsträger der versicherten Person den Namen der Gutachterperson bekannt zu geben hat, sofern sie zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholt, auf versicherungsinterne Ärzte nicht vor (vgl. BGE 136 V 123). Der Bericht von Dr. med. E. stellt lediglich ein versicherungsinternes Dokument dar und ist einem Gutachten von einem versicherungsunabhängigen Gutachter nicht gleichzusetzen.
2.
 - 2.1. Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Einspracheentscheid ohne vollständige Sachverhaltsermittlung getroffen und sich der Ermessensüberschreitung und des Ermessensmissbrauchs schuldig gemacht. Entgegen den Angaben der Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführer in Erwägung gezogen, sich der von Spezialisten der Balgrist Klinik vorgeschlagenen Operation zu unterziehen. Angesichts der Tatsache, dass Dr. med. C. die Notwendigkeit weiterer

Behandlungen befürwortet habe, seien seine Einschätzungen widersprüchlich, während man sich bei Dr. med. E., der den medizinischen Bericht im Sinne einer einfachen weiteren Option interpretiere, frage, wer ihn wann und warum gebeten habe, die Meinung des ersten Arztes zu bekräftigen, ohne den Beschwerdeführer auch nur zu treffen und medizinisch zu untersuchen. Man bleibe etwas erstaunt, wenn er der Meinung des ersten Arztes zustimme, auch wenn eine signifikante Erholung der Peronalnerven mit konsequenter Verbesserung der Muskelkraft möglich, wenn auch seiner Meinung nach nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Aus dem Sprechstundenbericht vom 28. April 2021 der Schulthess-Klinik in Zürich gehe hervor, dass die Behandlung nicht als abgeschlossen betrachtet werden könne. Die Aussagen der Ärzte C. und E. seien fehlerhaft: Die Mehrdeutigkeit der Argumente, wonach eine deutliche Verbesserung möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich sei, sei offensichtlich. Nur ein unabhängiges Expertengutachten nach Art. 44 ATSG könne die tatsächlichen Erfolgswahrscheinlichkeit einer weiteren Behandlung und/oder eines Eingriffs bescheinigen.

- 2.2. Die Beschwerdegegnerin erwidert, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gestützt auf die gesamten Akten zuverlässig beurteilbar, ohne dass es dabei eines Gutachtens nach Art. 44 ATSG bedürfe. Die Aktenlage sei eindeutig und es bedürfe keines solchen Gutachtens. Der gesamte Sachverhalt und die medizinische Situation sei vollständig abgeklärt. Dr. med. E. und Dr. med. C. seien sich darüber einig, dass der operative Eingriff der Korrekturosteotomie die Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht verbessern würde, womit sie sich klar über den erreichten Endzustand ausgesprochen hätten. Dieser könne nicht ernsthaft angezweifelt werden, und es gebe keine Themenbereiche, die einem eventuellen Gutachter zur Beantwortung vorgelegt werden sollten. Schliesslich behaupte der Beschwerdeführer auch nicht, dass er den Eingriff der Korrekturosteotomie durchführen wolle. Der Endzustand nach Art. 19 UVG sei somit gegeben.
- 2.3. Das Versicherungsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sind weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage bisher auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 3; Kieser, Kommentar zum ATSG, 4. Auflage, 2020, Art. 61 N 107). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. BGE 135 V 467 ff. E. 4). Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichtes oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.4; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2; 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3; Kieser, a.a.O., Art. 44 N 36 f.). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_674/2015 vom 2. Februar 2016 E. 2.2.1; K 140/05 vom 10. Mai 2006 E. 3.2.).

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fall ist nicht abzuschliessen, solange weitere ärztliche Behandlung noch eine Besserung verspricht, welche ins Gewicht fällt. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Flückiger, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, 2019, Art. 19 N 8). Erforderlich ist eine prognostisch ins Gewicht fallende Verbesserung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2018 vom 11. Juli 2018 E. 5.1). Entscheidungsgrundlage bilden in erster Linie die Auskünfte medizinischer Fachpersonen zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Gesundheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff «Prognose» erfasst werden (vgl. Berger, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], a.a.O., Art. 24 N 11). Weil es primär auf die Steigerung der Arbeitsfähigkeit ankommt, ist der Zeitpunkt für den Fallabschluss in aller Regel erreicht, wenn die versicherte Person in ihrer angestammten Tätigkeit wieder vollzeitlich erwerbstätig sein kann, da sich eine weitere Besserung ihrer Befindlichkeit nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vgl. Flückiger, a.a.O., 2019, Art. 19 N 11; Geertsen, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar UVG, 2018, Art. 19 N 8). Wenn die behandelnden Ärzte eine gesundheitliche Verbesserung bloss als möglich bezeichnen, reicht dies in aller Regel nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1022/2008 vom 30. Juli 2009 E. 4.2). Der Begriff «namhaft» bringt zum Ausdruck, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen sowie nur vorübergehende Verbesserungen des Gesundheitszustandes oder Verbesserungen allein der Befindlichkeit genügen diesem Erfordernis nicht. Die bloss mögliche Aussicht eines positiven Resultats einer weiteren ärztlichen Behandlung gibt keinen Anspruch auf deren Durchführung. Für den Abschluss der medizinischen Behandlung ist ein Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung somit nicht vorausgesetzt (vgl. Berger, a.a.O., Art. 24 N 9). Ob eine Behandlung tatsächlich durchgeführt wird, ist für sich allein nicht entscheidend, kann aber ein gewichtiges Indiz für die Beurteilung der Besserungsaussichten darstellen (vgl. Flückiger, a.a.O., Art. 19 N 14).

- 2.4. Dr. med. C. und Dr. med. E. haben die Erfolgsaussichten des von der Klinik Balgrist am 11. Juni 2019 vorgeschlagenen operativen Eingriffs einer Korrekturosteotomie beurteilt.

So gab Dr. med. C. in seinem Arztbericht bzw. Gutachten vom 13. Dezember 2019 an, wohl würden narbige Veränderungen bei den traumatischen und chirurgischen Wunden am linken Bein und Fuss mit dauernden Schmerzen im supramalleolären Bereich, jedoch ohne relevantes funktionelles Defizit, verbleiben. Die Magnetresonanztomographie habe eine leichte diffuse fettige Degeneration der linken Beinmuskulatur bestätigt, die als Folge des traumatischen Leidens der Muskulatur zu beurteilen sei und zu einer leichten Frühermüdung durch Belastung und Anstrengung und forcierte Flexion/Extension des linken Knöchels beim Gehen führe. Die am linken Talus umschriebene traumatische Läsion sei derzeit mit wenigen Symptomen verbunden und verursache keine relevante Funktionseinschränkung. Die Situation nach der Verletzung habe sich inzwischen stabilisiert. Die Frakturen seien konsolidiert und die Weichteile hätten sich mit bloss geringer Restfunktionsstörung erholt. Weitere Untersuchungen und Behandlungen allein wegen der Unfallfolgen seien nicht mehr indiziert, da sie höchstwahrscheinlich nicht zu neuen Elementen oder zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesund-

heitszustandes des Patienten führen würden. Für die vorgeschlagene Korrekturosteotomie der linken Tibia bestehe nur eine relative Indikation und ein solcher Eingriff sei in jedem Fall nicht zumutbar. Der Patient werde ermutigt, selbständig eine gute Muskel- lage und Beweglichkeit der linken unteren Extremität durch regelmässige Kräftigungs- und Dehnungsübungen zu erhalten. Er empfehle, den Unfall per Ende 2019 einzustellen. Der Bericht von Dr. med. C. erbringt vollen Beweiswert. So ist er für die streitigen Belange umfassend und sehr ausführlich, beruht auf allseitigen Untersuchungen (körperliche Untersuchung, Bildgebung), berücksichtigt die beklagten Beschwerden, leuchtet in Kenntnis der Vorakten bzw. Anamnese, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen von Dr. med. C. sind begründet. Dr. med. C. hat wohl noch anlässlich seiner ersten ärztlichen Untersuchung vom 30. Oktober 2018 empfohlen, einen Versuch mit lokalen Stosswellenbehandlung durchzuführen und bei anhaltender Pseudoarthrose eine chirurgische Revision mit Versorgung der Pseudoarthrose vorzunehmen. Dies steht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers jedoch nicht im Widerspruch mit dessen Angaben im Gutachten vom 13. Dezember 2019, zumal im Oktober 2018 die Tibiafraktur noch nicht konsolidiert und die distale Fibulafraktur nur teilweise konsolidiert und auch die Wiederaufnahme der Arbeit im vollen Umfang noch nicht möglich gewesen sei. Der Bericht von Dr. med. C. erscheint demnach schlüssig, ist nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen seine Zuverlässigkeit.

Auch Dr. med. E. führte in seinem Bericht vom 26. September 2020 an, nach einem über zweijährigen Verlauf habe sich die Unterschenkelfraktur mit einer geringen, physiologisch nahezu irrelevanten Varusdeformität von 2 Grad, einer Extensionsdeformität von 1 bis 2 Grad sowie einem geringen Versatz um Kortikalisbreite konsolidiert. Es persistiere noch eine Schwäche der Wadenmuskulatur, welche durch den ausgedehnten Weichteilschaden verursacht worden sei. Die geringe Fehlstellung des Schienbeins sei nicht für die beschriebenen Beschwerden des Patienten verantwortlich, diese resultierten aus der chondralen Läsion des Tibiotalgelenkes sowie aus der Wadenmuskelschwäche an sich. Im ausführlichen Untersuchungsbericht von Herrn Dr. C. komme zur Darstellung, dass der Versicherte einen eingeschränkten Fersengang, ein gering verändertes Bewegungsausmass des Sprunggelenkes sowie eine Kraftminderung bei Dorsalextension des Hallux präsentiere. Die übrigen funktionellen Tests und Bewegungsausmasse seien unauffällig gewesen, die Gelenke imponierten stabil. Diese drei Funktionseinschränkungen würden nicht durch eine tibiale Korrekturosteotomie gebessert. An subjektiven Befunden habe der Versicherte Hypästhesien im Wadenbereich, Schmerzen über dem Tibiotarsalgelenk, Schmerzen über dem ehemaligen Frakturbereich sowie Dysästhesien im Narbenbereich beklagt. Diese Beschwerden würden ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch eine tibiale Korrekturosteotomie gebessert, sie könnten im Gegenteil post OP verschlimmert werden. Eine Korrektur der Beinachse, sofern diese gelinge, würde sich lediglich röntgenologisch präsentieren, ein klinischer Benefit sei unwahrscheinlich. Auch der von Dr. C. gemessene Interkondylarabstand von 1 cm entspreche einerseits quasi einem Normalbefund, andererseits sei es unwahrscheinlich (und unerheblich), dass dieser durch die Korrekturosteotomie gebessert würde. Die persistierende Varusfehlstellung habe weder die subjektiven Beschwerden des Versicherten noch die funktionellen und objektiven Einschränkungen verursacht. Nach dem langen Heilungsverlauf sei aus rein chirurgischer Sichtweise von einer weiteren OP, die zu keiner höhergradigen Besserung des aktuellen Befundes führe, abzuraten. Er interpretiere den Arztbericht des Spitals Balgrist so, dass dem Versicherten nur eine weitere, noch mögliche Therapieoption dargelegt worden sei. Bei konsolidierter Fraktur mit 1-2-gradiger Achsabweichung und Kallusbildung liege ein medizinischer Endzustand vor. Eine weitere Osteotomie würde im Gegenteil

das Risiko einer neuen Pseudoarthrose sowie Zunahme der osteophytären Randaufbauten begünstigen. Eine namhafte Erholung des Peronealnerven mit entsprechender Besserung der Muskelkraft sei möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Sowohl diese muskuläre Dysfunktion als auch die Beschwerden über dem Tibiotaralgelenk würden durch die vorgeschlagene Korrekturosteotomie nicht beeinflusst werden. Auch das Aktengutachten von Dr. med. E. erbringt vollen Beweiswert, zumal ihm nicht widersprechende Arztberichte bzw. Diagnosen der Klinik Balgrist und von Dr. med. C. zugrunde liegen und keine Indizien vorliegen, die gegen die Schlüssigkeit seiner Angaben sprechen. Im Übrigen wurde bei Dr. med. E. von der Beschwerdegegnerin lediglich erfragt, ob er aufgrund der Aktenlage die Feststellungen von Dr. med. C. bezüglich Arbeitsfähigkeit, Erwartung einer namhaften Verbesserung durch weitere Behandlungen sowie Integritätsentschädigung stützen könne. Insgesamt steht der Bericht von Dr. med. E. nicht im Widerspruch zum Arztbericht von Dr. med. C.

Bezüglich der Korrekturosteotomie haben weder die Ärzte der Klinik Balgrist im Jahr 2019 noch der Klinik Schulthess im Jahr 2021 eine Prognose abgegeben. Den Akten kann aber auch nicht entnommen werden, dass auch nur ein Arzt die Korrekturosteotomie notwendig, indiziert und zumutbar erachtet hätte. Dr. med. F. der Fusschirurgie Schulthess Klinik in Zürich hat einzig bei persistierenden Schmerzen nach dem Unfall und bei diesen zwei osteochondralen Läsionen an der lateralen Talusschulter ein operatives Vorgehen im Sinne einer OSG-Arthroskopie mit Débridement der osteochondralen Läsionen der lateralen Talusschulter und Mikrofrakturierung mit dem Beschwerdeführer besprochen. Auch Dr. med. D., Orthopädie der Uniklinik Balgrist Zürich besprach mit dem Beschwerdeführer lediglich, dass die Korrekturosteotomie eine operative Möglichkeit wäre. Die Berichte der Kliniken Balgrist und Schulthess stehen somit nicht im Widerspruch zu den beiden Beurteilungen von Dr. med. C. und Dr. med. E. Es bestehen somit auch nicht die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit deren Beurteilungen und von weiteren Ermittlungen sind keine neuen wesentlichen Erkenntnisse mehr zu gewinnen. Der Sachverhalt ist folglich umfassend abgeklärt.

Hinzu kommt, dass den Unterlagen nicht zu entnehmen ist, dass sich der Beschwerdeführer dieser Operation tatsächlich unterziehen möchte. Bereits gegenüber den Ärzten der Universitätsklinik Balgrist gab der Beschwerdeführer anlässlich dessen Untersuchung vom 14. März 2019 an, er überlege sich, ob er sich einer Korrekturosteotomie unterziehen wolle. Nach Angaben von Dr. med. C. in seinem Bericht könne der Beschwerdeführer vielmehr angesichts des perioperativen Risikos und möglicher Komplikationen dieser Operation nicht zustimmen und habe den Entscheid getroffen, auf weitere chirurgische Eingriffe zu verzichten. Schliesslich gab der Beschwerdeführer auch gegenüber der Schulthess-Klinik noch am 27. April 2021, also bereits nach Einreichung der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde, an, er möchte sich die von der Schulthess Klinik aufgezeigte Intervention überlegen. Diese Haltung des Beschwerdeführers stellt damit ein Indiz für die schlechten Besserungsaussichten dar, was auch den Beurteilungen der beiden Vertrauensärzte der Beschwerdegegnerin entspricht.

Der medizinische Endzustand ist folglich erreicht, womit der von der Beschwerdegegnerin verfügte Fallabschluss per 31. Dezember 2019 mit Taggeldeinstellung nicht zu beanstanden ist.

- 3.
- 3.1. Der Beschwerdeführer sieht überdies seine Arbeitsfähigkeit weitgehend als ausgeschlossen. So behauptete Dr. E. in einer wenigstens kleinlichen Aussage, dass es allenfalls eine Einschränkung beim Besteigen von Leitern, Gerüsten oder Arbeiten auf Bohr-

insel geben würde. Er könne auch erwähnen, auf dem Drahtseil laufen oder Trapezkünstler zu sein. Der Beschwerdeführer sei Finanzanalyst und Betriebswirt, aber er arbeite nicht nur mit dem Kopf: Er müsse zum Kunden, auch ins Ausland, reisen und er müsse sich wohl mit dem Auto wie mit dem Flugzeug fortbewegen können. Die festgestellten Einschränkungen seien offensichtlich und die Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeiten seien enorm: Er könne nicht einmal für seine üblichen Aktivitäten zu den Kunden gehen. Ihn als vollkommen fähig zu betrachten, sei beleidigend. Die Vergleichsberechnungen von Dr. C. würden sich einer sorgfältigen Betrachtung entziehen, umso mehr, als dieser selbst auf eine absehbare Verschlechterung auf lange Sicht hinweise. Das zu erstellende Gutachten des unabhängigen Sachverständigen werde den tatsächlichen Grad der Beeinträchtigung entsprechend den objektiven dauerhaften und verschlimmernden Einschränkungen des Beschwerdeführers feststellen.

- 3.2. Die Beschwerdegegnerin hält dem entgegen, eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei beim Beschwerdeführer nicht gegeben. Er sage weder konkret, um welche von ihm behaupteten offensichtlichen Einschränkungen es sich handle, noch weise er auf Akten oder Berichte hin oder bringe neue Arztberichte ein. In den Akten attestiere kein einziger Bericht, dass der Beschwerdeführer nach dem 1. Januar 2020 je arbeitsunfähig gewesen sei. Selbst der Beschwerdeführer sage nur sehr beiläufig, dass seine Arbeitsfähigkeit weitgehend ausgeschlossen sei, ohne einen konkreten Prozentsatz oder andere konkreten Elemente anzugeben. Der Beschwerdeführer stelle leere, teils nicht begründete Kritiken in den Raum, während dessen die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt und alle relevanten Fragen aufgrund der Berichte ihrer Vertrauensärzte gründlich und schlüssig geklärt habe. Diesen Berichten stünden keine Berichte gegenüber, die es ermöglichen würden, die Lage anders zu beurteilen. Aufgrund der klaren Lage ergehe somit eindeutig, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zumindest seit dem 1. Januar 2020 vollständig arbeitsfähig ist und somit auch keinen Rentenanspruch anmelden könne.
- 3.3. Ist der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

Sowohl Dr. med. C. als auch Dr. med. E. haben in ihren Berichten, welchen wie obenstehend ausgeführt voller Beweiswert zukommt, ausgeführt, dass der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf uneingeschränkt in vollem Pensum tätig sein könne. Dr. med. C. gab an, dass der Beschwerdeführer Vernarbungen am linken Unterschenkel, Mobilitätsdefizit des linken Knöchels, leichte diffuse fettige Degeneration der Beinmuskulatur, anterolaterale Muskelhernie am linken Unterschenkel und Hypo-sensibilität im Gebiet des distalen N. peroneus profundus aufweise. Wegen Unfallfolgen am linken Unterschenkel sei eine Dauerbelastung und Überbeanspruchung der unteren Extremität nicht mehr möglich. Nicht mehr zumutbar sei Gehen ohne Pause für mehr als 2 bis 3 km, häufiges Gehen auf unebenem Gelände, wiederholtes Treppensteigen und -absteigen, Stehen für mehr als 45 bis 60 Minuten, Sitzen mit ständig gebeugtem linken Knie für mehr als 2 bis 3 Stunden, Bedienen schwerer Pedale und Geräte mit dem linken Fuss, Hüpfen auf dem linken Fuss, Arbeiten im Einbeinstand links, Gewichtheben über 15 kg und Gewichtstragen über 5 kg über längere Strecken. Aus medizinischer Sicht sei allein für die Unfallfolgen in Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. September 2017 die Wiederaufnahme der vor dem Unfall geleisteten Arbeit wieder möglich, vollumfänglich und ohne Einschränkungen, trotz der residualen post-traumatischen Schmerzstörungen und funktionellen Störungen am linken Unterschenkel.

Dr. med. E. stützte in seinem Bericht vom 26. September 2020 die Feststellung von Dr. med. C. vom 13. Dezember 2019, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Finanzberater mit teilweise Aufgaben im Aussendienst ab 1. Januar 2020 wieder voll arbeitsfähig sei. Er gab an, der ausführliche Untersuchungsbericht von Dr. med. C. sowie der Kurzbefund von Dr. D. würden ein nahezu uneingeschränktes Bewegungsausmass von Knie- und Sprunggelenken, eine gering reduzierte Dorsalextension des Hallux und des Fusses, aufgrund eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit irreparablen Weichteilschadens der Wadenmuskulatur mit konsekutiver Läsion des Peronealnerves beschreiben. Da trotzdem jedoch ein unauffälliges (Dr. C.) bzw. gering hinkendes (Dr. D.) Gangbild mit lediglich geringer Einschränkung des Fersenganges (N peroneus) bestehe, der Patient sich selbst aus der tiefen Sitzhocke erheben könne (N femoralis), führe diese funktionelle Störung zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Dies treffe ebenfalls für die rezidivierenden Schwellungen des Sprunggelenkes und die Druckdolenz über dem ehemaligen Frakturspalt zu. So sei der Beschwerdeführer bei unauffälligen Bewegungsausmassen der Gelenke der unteren Extremität, seitengleichen Kraftgraden, geringen, physiologisch kaum relevanten Einschränkungen in der Fuss- und Grosszehenhebung sowie reizlos verheilten Narben, mit Dysästhesien und Druckdolenz über den Frakturspalten, in seiner angestammten Tätigkeit ab 1. Januar 2020 vollumfänglich arbeitsfähig. Einschränkungen bestünden lediglich für das Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten auf schwankenden Untergründen wie z.B. Schwimmstegen. Für sitzende, stehende oder gehende Tätigkeiten sowie Treppensteigen und das Gehen auf unregelmässigen Untergründen bestünden aufgrund des vorliegenden klinischen und radiologischen Befundes keine Einschränkungen.

Dr. med. C. hat sich überdies mit den Kritiken des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. So führte Dr. med. C. an, der Patient berichte subjektiv über eine anhaltende 50%-ige Reduktion der Arbeitsleistung aufgrund von dauernden posttraumatischen Beschwerden im linken Unterschenkel. Die körperliche Untersuchung liefere zwar eindeutige Hinweise auf eine durch die Unfallfolgen bedingte Verminderung der Leistungsfähigkeit der linken unteren Extremität unter Belastung und körperlicher Beanspruchung, aber angesichts der Berufsbeschreibung des Patienten sei die angegebene Einschränkung mit permanenter 50%iger Arbeitsunfähigkeit nicht konsistent und unplausibel und daher nicht sachlich begründet. Trotz der Restbeschwerden am linken Unterschenkel gebe es keine eindeutigen Argumente für eine Einschränkung der Arbeitstätigkeit des Patienten. Aus medizinischer Sicht sei diese Arbeitstätigkeit wiederum in vollem Umfang zumutbar.

Trotz der Einschränkungen des Beschwerdeführers durch den im Jahr 2017 erlittenen Unfall ist es ihm folglich möglich, auch Reisen zu Kunden zu unternehmen, zumal er nach seinen eigenen Angaben kürzere geschäftliche Reisen problemlos mit einem Fahrzeug mit Automatiktrieb vornehmen kann und er bei weiteren Reisen mit Zug oder Flugzeug die Möglichkeit hat, aufzustehen und sich etwas zu bewegen. Auch muss er als Finanzanalyst keine längeren Strecken über die von ihm maximal möglichen 600 Meter gehen und keine schweren Lasten tragen. Es bestehen somit keine Zweifel an der Beurteilung der Vertrauensärzte Dr. med. C. und Dr. med. E., dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Finanzanalyst zumindest seit dem 1. Januar 2020 voll arbeitsfähig ist und somit auch keinen Rentenanspruch hat.

- 4.
- 4.1. Aus der Begründung der Beschwerde muss erkennbar werden, weshalb der Sachverhalt oder dessen rechtliche Zuordnung unzutreffend sind (vgl. Kieser, a.a.O., Art. 61 N 89). In diesem Sinn muss sich die Begründung sachbezogen mit den Erwägungen

des angefochtenen Entscheides auseinandersetzen. Gleiches gilt, wenn lediglich pauschal die vorinstanzlichen Feststellungen oder die rechtliche Würdigung bestritten werden, d.h., bloss behauptet wird, der angefochtene Entscheid sei fehlerhaft oder wenn dieser lediglich kritisiert wird (vgl. Bolliger, in: Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], a.a.O., Art. 61 N 30).

- 4.2. Der Beschwerdeführer begründete seinen Antrag, es sei eine Integritätsentschädigung in der Höhe, die sich aus der Beurteilung des im Verfahren festgestellten Grades der Arbeitsunfähigkeit ergebe, zu gewähren, nicht, zum Beispiel dahingehend, inwiefern die Berechnung der Integritätsentschädigung falsch sei. Entsprechend braucht auf diesen Antrag nicht eingetreten zu werden.
- 4.3. Selbst wenn jedoch dieser Antrag geprüft würde, entspräche die zugesprochene Integritätsentschädigung von 10% jedenfalls den gesetzlichen Bestimmungen von Art. 24 UVG i.V.m. Anhang 3 UVV. So hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf die beiden ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. C. und Dr. med. E., welchen wie bereits ausgeführt voller Beweiswert zukommt, die Integritätsentschädigung verfügt.

Dr. med. C. gab diesbezüglich an, trotz Ausheilung der Frakturen und der Verletzungen am linken Unterschenkel hätte der Unfall vom 4. September 2017 traumatische Folgeerscheinungen mit bleibenden Schäden der Weichteile am Unterschenkel und OSG links hinterlassen. Es lägen also die Voraussetzungen für einen Integritätsschaden vor. Die Störungen durch die Vernarbung im vorderen supramalleolären Bereich infolge der tiefen Rissquetschwunde zusammen mit den posttraumatischen Veränderungen der linken Beinmuskulatur mit Ermüdung und Restschmerzen seien mit einer partiellen Verletzung des Nervus peroneus vergleichbar, was gemäss Suva-Tabellen 2.2 und 21.2 einem Beeinträchtigungsgrad von 5% entspreche. In Anbetracht der traumatischen Knorpelverletzung des linken Talus und in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. September 2017 und unter Berücksichtigung der langfristig absehbaren Verschlechterung mit Ausbildung einer leichten bis mässigen OSG-Arthrose in der Zukunft, sei die Situation mit einer leichten bis mässigen OSG-Arthrose vergleichbar, was nach der Suva-Tabelle 5.2 einem Anteil von 5% für Dauerschäden entspreche. Daher werde der Integritätsschaden allein für die Unfallfolgen im kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. September 2017 als insgesamt 10% bewertet.

Dr. med. E. bestätigte diese Bewertung dahingehend, als dass in den Tabellen der SUVA weder die beschriebenen geringen funktionellen Einschränkungen, noch das verheilte Weichteiltrauma, noch der aktuelle Status des sich zukünftig eventuell arthrotisch entwickelnden Sprunggelenkes (mit aktuell noch geringem osteochondrotischem Schaden) berücksichtigt würden. Um dem Versicherten trotzdem eine Integritätsentschädigung zu gewähren, habe Dr. C. die vorliegenden Befunde mit anderen - nicht vorliegenden - Krankheiten theoretisch verglichen. Dies sei ein übliches Verfahren, um den Versicherten eine Integritätsentschädigung zugestehen zu können, wenn diese nach strenger Interpretation der Tabellen gar nicht bestehe. Der unterschwellig durchklingende Vorwurf des Beschwerdeführers, es liege eine zu gering beurteilte Integritätsentschädigung vor, sei daher objektiv nicht nachvollziehbar. Die Beurteilung des Integritätsschadens von 10% durch Dr. C. sei äusserst grosszügig, da vergleichbare Erkrankungen zugezogen worden seien, um eine Integritätsentschädigung momentan überhaupt erst zu ermöglichen. Bei strenger Auslegung der SUVA Tabellen bei konsolidierter Fraktur, muskulärem Weichteilschaden, geringer Chondropathie im OSG und freiem Bewegungsausmass der beteiligten Nachbargelenke mit nur geringen funktionellen Defiziten müsste nach den Tabellen der SUVA kein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden erhoben werden. Es sei - wie Dr. C. angemerkt habe - zukünftig mit einem erhöhten Arthroserisiko des oberen Sprunggelenkes zu rechnen. Da momentan

jedoch weder deren zeitliches Eintreten noch qualitatives Ausmass beurteilt werden könne, werde bei dessen Eintreten im Rahmen einer Rückfallmeldung eine entsprechende Neubeurteilung des Integritätsschadens notwendig.

Andere ärztliche Berichte, welche eine höhere Integritätsentschädigung berechnen und begründen würden, konnte der Beschwerdeführer nicht einreichen. Die zugesprochene Entschädigung für einen Integritätsschaden von 10% ist somit nicht zu beanstanden.

5. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

Kantonsgericht Appenzell I.Rh., Verwaltungsgericht,
Entscheid V 2-2021 vom 7. September 2021