

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 76

## Entscheid vom 14. Dezember 2018

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwalt D.\_\_\_\_\_,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.1** A.\_\_\_\_\_ (Jg 1969) war bei der C.\_\_\_\_\_ GmbH in Altendorf zu 80% als Hilfsarbeiter angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 6. Januar 2016 während der Arbeit ausrutschte und auf den Rücken fiel (Vi-act. 1). Gemäss Arztzeugnis UVG vom 28. April 2016 fand die Erstbehandlung bei Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (FHM Allgemeinmedizin) am 8. Januar 2016 statt. Den Unfallhergang beschrieb dieser als nach hinten fallen beim Fensterputzen; Schmerzen an Oberschenkel rechts, Fuss rechts und Lendenwirbelsäule. Als Diagnose nennt er eine Prellung des Beckens und im LWS-Bereich; OSG-Distorsion rechts mit Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius und longitudinalem Splitting der Peroneus brevis-Sehne. A.\_\_\_\_\_ wurde ab dem 6. Januar bis 17. April 2016 100% und ab dem 18. April 2016 50% arbeitsunfähig erklärt (Vi-act. 30). Ein Arbeitsversuch ab dem 18. April 2016 musste abgebrochen werden (Vi-act. 33). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht infolge Berufsunfall und erbrachte die Versicherungsleistungen (Vi-act. 7).

**A.2** Am 20. Juni 2016 wurde der Beschwerdeführer durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie) operiert bei Diagnose posttraumatische laterale OSG-Instabilität und Splitting der Peroneus brevis Sehne sowie Varus-Rückfuss rechts (Vi-act. 40). Ab dem 20. September 2016 wurde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Vi-act. 50). Seit 22. Oktober 2016 war A.\_\_\_\_\_ erneut 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 60).

**A.3** Am 24. Januar 2017 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt Neurochirurgie). Er empfahl eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon zur Verbesserung der Funktion und Sicherheit im rechten Fuss (Vi-act. 87). Der stationäre Aufenthalt fand vom 6. Februar 2017 bis 14. März 2017 statt (Vi-act. 111). Am 23. Mai 2017 startete A.\_\_\_\_\_ in der angestammten Firma einen Arbeitsversuch bei 50% Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 139). Am 15. September 2017 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung. Gemäss Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt Chirurgie) lag insgesamt ein stabiler Zustand vor, sodass ab dem 1. November 2017 unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden könne (Vi-act. 154).

**B.** Am 19. September 2017 teilte die Suva A.\_\_\_\_\_ den Fallabschluss unter Prüfung der Rentenfrage mit; Taggeld werde noch bis und mit 31. Oktober 2017 bezahlt auf Basis von 50% Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 155). Mit Verfügung vom 27. Oktober 2017 verneinte die Suva einen Rentenanspruch und ebenso einen Anspruch auf Integritätsentschädigung (Vi-act. 169). Hiergegen liess

A. \_\_\_\_\_ am 4. Dezember 2017 Einsprache erheben (Vi-act. 173). Mit Zwischenentscheid vom 14. Dezember 2017 wurde dem Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung nicht entsprochen (Vi-act. 182). Die Einsprache wurde mit Entscheid vom 5. Juli 2018 abgewiesen (Vi-act. 183).

**C.** Gegen den Einsprache-Entscheid vom 5. Juli 2018 lässt A. \_\_\_\_\_ am 6. September 2018 (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes im Sommer [Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. b Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin/Vorinstanz vom 5. Juli 2018 sei aufzuheben.
- 2.1 Die Sache sei an die Beschwerdegegnerin/Vorinstanz zwecks Neuurteilung zurückzuweisen.
  - a) Dem Beschwerdeführer seien ab 1. November 2017 weiterhin die Taggeldleistungen auszurichten. Es seien die Heilkosten, insbesondere die MTT, zu übernehmen.
  - b) Es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, eine ärztliche Begutachtung des Beschwerdeführers durchzuführen, wobei sich der behandelnde Arzt zu den Fragen, inwiefern sich die Operation des Beschwerdeführers vom 20. Juni 2016 auf die Erwerbsfähigkeit ausgewirkt hat, wie sich die Arbeitsversuche auf die Beschwerden des Beschwerdeführers ausgewirkt haben und ob durch die gesamthaften Beschwerden des Beschwerdeführers ein Integritätsschaden entstanden und wie hoch dieser ist, zu äussern habe.  
  
Es sei insbesondere eine stationäre Behandlung in der Rehaklinik Bellikon auf Kosten der SUVA anzuordnen.
- 2.2 a) Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin/ Vorinstanz vom 5. Juli 2018 aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 62% ab 1. November 2017 auszurichten.
- b) Es sei dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von mindestens 25% auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin/ Vorinstanz.

**D.** Mit Vernehmlassung vom 20. November 2018 beantragt die Suva die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheent-scheides unter Wettschlagung der Kosten bei Kostenlosigkeit des Verfahrens.

**Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.** Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen, der Fallabschluss durch die Suva sei zu früh erfolgt, da noch namhafte Verbesserungen zu erwarten seien. Sollte der Fallabschluss korrekt erfolgt sein, stehe ihm sowohl eine Invalidenrente als auch eine Integritätsentschädigung zu. Mithin gilt es nachfolgend zu prüfen, ob die Suva den Fall zu Recht abgeschlossen und Ansprüche auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung zu Recht abgelehnt hat.

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

**2.2** Der Dritte Titel des UVG behandelt die Versicherungsleistungen. Das erste Kapitel dieses Titels ist den Pflegeleistungen und Kostenvergütungen, das zweite Kapitel den Geldleistungen und das dritte Kapitel deren Kürzung und Verweigerung aus besonderen Gründen gewidmet. Kerngehalt der Pflegeleistungen bildet die Heilbehandlung in Art. 10 UVG. Diese zählt wie das in Art. 16 f. UVG geregelte Taggeld und anders als etwa die als klassische Dauerleistung geltende Invalidenrente gemäss Art. 18 ff. UVG zu den vorübergehenden Leistungen (vgl. BGE 133 V 57 Erw. 6.6 und 6.7 S. 63 ff. mit Hinweisen). Bis zu welchem Zeitpunkt Heilbehandlung und Taggeld durch den Unfallversicherer zu gewähren sind, kann dem ersten Kapitel nicht entnommen werden. Dieser Zeitpunkt ergibt sich indessen aus Art. 19 UVG des zweiten Kapitels über Beginn und Ende der Invalidenrente, die, sofern die Voraussetzungen für deren Ausrichtung erfüllt sind, den vorübergehenden Leistungen folgt. Danach entsteht der Rentenanspruch, 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 (Abs. 1 erster Satz). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung heisst dies, der Versicherer hat - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.1 m.w.H.).

**2.3** Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick dar-

auf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. 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 BGer 8C\_888/2013 vom 2.5.2014 Erw. 4.1). Ist keine namhafte Besserung zu erwarten (was eine zukünftige Verschlechterung nicht ausschliesst), ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Urteil BGer 8C\_819/2017 vom 25.9.2018 Erw. 4.1 m.w.H.). Der Taggeldanspruch erlischt auch beim Wegfall seiner Anspruchsvoraussetzung der Arbeitsunfähigkeit, somit im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG i.V.m. Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 Erw. 2.1).

**2.4** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungs-

grundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil 8C\_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

**2.5** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**2.5.1** Zur Leistungsprüfung in der Unfallversicherung im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag ge-

gebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

**2.5.2** Rechtsprechungsgemäss kann auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**2.5.3** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**3.** Der Beschwerdeführer rügt mehrfach, die Vorinstanz habe ihre Begründungspflicht verletzt. Das Vorbringen ist unbegründet.

Das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidfindung berücksichtigt (BGE 124 I 49 Erw. 3a, BGE 124 I 241 Erw. 2). Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesent-

lichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (vgl. BGE 136 I 229 Erw. 5.2; BGE 134 I 83 Erw. 4.1 S. 88; Urteil BGer 8C\_426/2018 vom 10.8.2018 Erw. 2.4).

Der Beschwerdeführer wurde per 15. September 2017 zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung aufgeboten. Unmittelbar im Anschluss an diese wurde ihm mündlich eröffnet, dass die Suva von stabilen Verhältnissen ausgehe, dass die Rentenfrage geprüft werde, die Tätigkeit auf dem Bau für den Beschwerdeführer ungeeignet sei und er sich eine andere Arbeit suchen sollte, sowie, dass das Taggeld per 31. Oktober 2017 eingestellt werde. Auch wurde bereits vermutet, dass voraussichtlich keine Rente gesprochen werden könne. Der Beschwerdeführer äusserte bei dieser Gelegenheit, er sei mit dem erreichten Heilresultat nicht zufrieden (Vi-act. 153). Am 19. September 2017 wurde dem Beschwerdeführer dasselbe auch schriftlich eröffnet. Das zumutbare Tätigkeitsprofil wurde genau umschrieben (Vi-act. 155). In der Verfügung vom 27. Oktober 2017 wurde ausgeführt, die medizinischen und erwerblichen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit aufgrund der Unfallfolgen nicht mehr uneingeschränkt ausführen könne. Der ärztlichen Beurteilung der verbliebenen Leistungsfähigkeit komme erhöhtes Gewicht zu. Dabei zitierte die Vorinstanz das vom Kreisarzt festgelegte Zumutbarkeitsprofil. Es wurde die Rentenfrage geprüft und die Berechnung nachvollziehbar dargelegt. Mit Verweis auf die ärztliche Beurteilung wurde der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung abgelehnt (Vi-act. 169). Nach Erhebung der Einsprache durch den Beschwerdeführer legte die Vorinstanz in ihrem Entscheid vom 5. Juli 2018 die - aus ihrer Sicht - relevanten gesetzlichen Grundlagen dar, fasste die kreisärztlichen Untersuchungsergebnisse zusammen sowie die medizinischen Berichte der Rehaklinik Bellikon und sie zog aus diesen ihre Schlussfolgerung, dass ein Endzustand erreicht und die Arbeitsfähigkeit unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils vollständig gegeben war. Schliesslich zeigte sie auf, weshalb sowohl ein Anspruch auf Invalidenrente als auch ein Anspruch auf Integritätsentschädigung abzuweisen sei (Vi-act. 183). Mithin wurde dem Beschwerdeführer ermöglicht, die Tragweite erfassen zu können (was sich auch darin zeigt, dass er der Vorinstanz bereits im Anschluss der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung eröffnete, einen Rechtsanwalt beigezogen zu haben). Alle Entscheide wurden derart begründet, dass die Erwägungen der Vorinstanz offenkundig waren. Ihre Überlegungen und Schlussfolgerungen sind in allen Dokumenten enthalten, was es

dem Beschwerdeführer möglich macht, gezielt zu opponieren und ein Rechtsmittel zu ergreifen. Mithin ist die Vorinstanz ihrer Begründungspflicht vollständig nachgekommen.

**4.** Betreffend Unfallereignis, Heilverlauf und Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich aus den Akten:

**4.1** Mit Schadenmeldung UVG vom 11. Januar 2016 meldete die Arbeitgeberin der Suva ein Unfallereignis des Beschwerdeführers vom 6. Januar 2016. Er sei ausgerutscht und auf dem Rücken gelandet. Er habe links und rechts eine Prellung erlitten und sei ab dem Unfallzeitpunkt arbeitsunfähig (Vi-act. 1). Am 9. März 2016 ergänzte die Arbeitgeberin, es sei bei der Unfallmeldung vergessen gegangen, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz auch den Fuss verletzt habe, der seither starke Schmerzen verursache und geschwollen sei (Vi-act. 14). Dr.med. E. \_\_\_\_\_ attestierte am 8. Januar 2016 eine mehrfach verlängerte vollständige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 2, 27).

**4.2** Bei Indikation "UV, nach hinten gefallen. Pathologie?" wurde am 8. Januar 2016 ein MRI der LWS / ISG durchgeführt, das weitgehend unauffällig ausfiel (Vi-act. 17).

Am 11. Januar 2016 wurde zudem bei Indikation "Patient nach hinten gefallen im Rahmen eines Unfalles" ein MRI Becken durchgeführt (Vi-act. 16). In der Beurteilung hielt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) ein altersentsprechend normales MR des Beckens, insbesondere kein Hinweis auf eine Fraktur fest.

Am 29. Februar 2016 schliesslich wurde bei Indikation "Supinationstrauma rechts vor drei Wochen. Pathologie?" ein MRI rechtes OSG durchgeführt. Dr.med. Bärbel Andresen hielt als Befunde und Beurteilung fest (Vi-act. 20):

Befunde:

Fokales Bone Bruise Areal posteromedialer Talusdom. Im übrigen regelrechte Signalgebung der ossären Strukturen.

Die Peroneus brevis Sehne ab Höhe Malleolus lateralis nach distal mit einer streifigen, zentralen Signalanhebung. Die Achillessehne verbreitert und mit ventral betonten streifigen Signalanhebungen. Die periachillären Bursae nicht flüssigkeitsgefüllt.

Der Spring-Ligament-Komplex intakt. Das Ligamentum fibulotalare anterius rupturiert.

Signalanhebung im Bereich der anterioren distalen tibiofibularen Syndesmose. Das Ligamentum deltoideum mit DD narbigen Veränderungen, aber ohne akute Rupturzeichen.

Kapselhypertrophie talonavicular dorsal.

#### Beurteilung:

- Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius. Ödematisierung/Zerrung des Ligamentum fibulotalare posterius und fibulocalcaneare. Narbige Veränderungen Deltoid-Ligament.
- Verdacht auf Ruptur der distalen tibiofibularen Syndesmose ventral.
- Longitudinales Splitting der Peroneus brevis Sehne, DD anlagebedingt, DD posttraumatisch.
- Fokales Bone Bruise posteromediale Talusrolle, DD posttraumatisch, DD Stadium I einer Osteochondrosis dissecans.
- Zeichen einer Achillessehnen-Tendinopathie.
- Kapselhypertrophie talonavicular dorsal.

**4.3** Am 18. April 2016 startete der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch bei seiner Arbeitgeberin (Hilfsarbeiter, Gipsergeschäft / Fassadenbau). Da der rechte Fuss dabei anschwell und schmerzte, wurde der Beschwerdeführer ab dem 21. April 2016 erneut 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 28, 29).

**4.4** Aufgrund der neuerlichen Beschwerden überwies Dr.med. E.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer an Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 32). Dieser notierte nach der Sprechstunde vom 6. April 2016 als Diagnose: OSG-Distorsion rechts vom 6. Januar 2016 mit Ruptur des Ligamentums fibulotalare anterius und longitudinales Splitting der Peroneus brevis Sehne. Als Befunde dokumentierte er deutliche Instabilitätszeichen des rechten OSG lateral mit vorsichtigem Barfussgang und schmerzhaftem Zehenspitzenang rechts. Der Fuss zeige eine Spreiz-Hohlfuss-Konfiguration mit Überlastung der lateralen Strukturen beidseits, links aber beschwerdefreies und stabiles OSG. Rechts laterale Aufklappbarkeit und vordere Schublade sowie Druckdolenz der distalen Peronealsehne brevis. Die Befunde könnten im MRI nachvollzogen werden; aktuell sei die Syndesmose stabil und indolent. Im konventionellen stehenden Röntgen zeige sich ein deutlicher Spreiz-Hohlfuss mit Rückfuss varus von knapp 10°. Dr.med. F.\_\_\_\_\_ bestätigte als Therapie das Tragen eines OSG-Brace sowie Fussgymnastik-Übungen und Physiotherapie. Zudem stellte er die Prüfung einer chirurgischen Intervention in Aussicht, sollten die Beschwerden nach zwei Monaten trotz Therapie persistieren.

**4.5** Am 20. Mai 2016 erklärte der Beschwerdeführer, bezüglich Rückenschmerzfrei zu sein, es bestünden keine Probleme. Der rechte Fuss sei weiterhin geschwollen, er trage eine Orthese. Er könne nicht belasten und keine Gewichte anheben und auch nicht auf unebenem Gelände gehen. Ruheschmerzen habe er keine, er merke den Fuss einfach, wenn er ihn zu viel belaste. Schmerzmittel benötige er keine, er creme den Fuss regelmässig ein. Am 10. Mai 2016 sei die Physiotherapie beendet worden; er gehe auf ärztliche Empfehlung hin ab und zu spazieren.

**4.6** Nach der Sprechstunde vom 9. Juni 2016 berichtete Dr.med. F.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe die Arbeit am 23. Mai 2016 wieder zu 50% aufgenommen. Eine Steigerung sei infolge Schmerzen nicht möglich; der Beschwerdeführer berichte, trotz Physiotherapie sei keine Besserung eingetreten. Als Befund bestätigt er jenen vom 6. April 2016 (Erw. 4.4). Man habe ein Arthro-MRT veranlasst und plane eine Operation mit Revision und Refixation der Aussenbänder, Revision der Peronealsehnen und die minimal-invasive Varusfersen-Korrektur (Vi-act. 36). Am 16. Juni 2016 wurde bei Diagnose ICD 10 T9 um Kostengutsprache ersucht (Vi-act. 39).

Aufgrund des Arthro-MRI rechtes OSG vom 16. Juni 2016 kam Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) zur Beurteilung, dass keine osteochondralen Defekte bestehen. Es zeigte sich der bekannte Längsriss der Peroneussehne. Die fibulare Ansatzstelle des Ligamentum fibulotalare posterius kam weiterhin partiell deutlich signalalteriert und aufgetrieben zur Darstellung, gewertet als narbige Veränderung. Die vordere Syndesmose, das Ligamentum fibulotalare anterius sowie das Ligamentum fibulocalcaneare waren ebenfalls narbig verändert. Weitere Pathologien zeigten sich nicht (Vi-act. 45).

**4.7** Am 20. Juni 2016 wurde im Spital Lachen durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ bei Diagnose posttraumatische laterale OSG-Instabilität und Splitting der Peroneus brevis Sehne sowie Varus-Rückfuß rechts eine Operation durchgeführt, nämlich eine MIS-lateralisierende Kalkaneus-Osteotomie rechts, eine Revision der Peroneus-Sehnen mit tubulierender Naht der distalen Brevis-Sehne sowie eine laterale Bandplastik nach Broström-Gould rechts. Der intra- und postoperative Verlauf wurde als komplikationslos beschrieben. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes (bis 22.6.2016) waren die Schmerzen im Wundgebiet regredient; die Beweglichkeit war unter physiotherapeutischer Anleitung problemlos und zunehmend besser. Der Beschwerdeführer war mit Gehstöcken völlig mobil (Vi-act. 40 und 41).

**4.8** Nach der Verlaufskontrolle vom 3. August 2016 notierte Dr.med. F.\_\_\_\_\_, es gehe gut. Es bestehe eine leichte Druckdolenz am anterioren lateralen OSG, keine Druckdolenz an den Peronealsehnen. Man wechsle auf OSG-Brace und baue die Belastung langsam auf. Das Röntgen zeige eine gute Korrektur der Varusferse (Vi-act. 46).

Am 19. September 2016 notiert Dr.med. F.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe noch Beschwerden. Er hinke noch und beklage verringerte Beweglichkeit, die Physiotherapie habe aber das Brace bereits vor einer Woche weggelassen. Er empfiehlt, das Brace bei der Arbeit zu tragen und verordnet einen Stabilschuh.

Die Sehne brauche noch drei Monate Schonung, er solle nur mit leichter Arbeit beginnen (Vi-act. 49).

Am 22. September 2016 berichtet der Beschwerdeführer der Vorinstanz, es gehe recht gut, er benötige keine Schmerzmittel mehr. Er mache 1-2 mal wöchentlich Physiotherapie und trage ein Brace zur Stütze des Fusses; es sei auch ein Spezialschuh verordnet worden. Der Rücken schmerze und beeinträchtige nicht (Vi-act. 52).

Nach der Konsultation vom 2. November 2016 notiert Dr.med. F.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer gebe Beschwerden an. Der Stabilschuh werde getragen, er habe einen hinkenden Gang. Auf unebenem Untergrund schmerze das OSG, flacher Boden sei besser. Er beklage zudem Bewegungseinschränkung im OSG. Das OSG zeige  $10^{\circ}/0^{\circ}/20^{\circ}$ , wobei eine gewisse Verspannung mit dabei sei. An den Peronealsehnen bestehe ein Druckschmerz. Der Beschwerdeführer gebe zudem eine Hypästhesie laterale Fusssohle rechts an, weshalb er ihn an Dr.med. K.\_\_\_\_\_ überwies. Bis am 21. Oktober 2016 habe er leichte Arbeiten ausführen können, danach sei keine entsprechende Arbeit mehr vorhanden gewesen. Mangels leichter Arbeiten sei er ab 22. Oktober 2016 erneut 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 60).

**4.9** Am 29. November 2016 erfolgte bei Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) eine neurologische Untersuchung, da der Beschwerdeführer seit der Operation eine Hyposensibilität am lateralen Fussrand rechts sowie eine sehr schmerzempfindliche Zone unter dem Aussenknöchel rechts beklagte. Er hielt fest, erwartungsgemäss sei bei dem rein sensiblen N. suralis keine Parese vorhanden. Anamnestisch und klinisch gebe es keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Ursache. Die Suralis-Neurographie rechts sei in Absolutwerten normal, es finde sich jedoch eine pathologische Asymmetrie gegenüber der gesunden linken Seite; die Einschränkung der Amplitude um 50% sei als pathologisches Zeichen zu werten. Gegen die Allodynie gibt Dr.med. K.\_\_\_\_\_ Capsaicin-Creme ab, ansonsten sei der Spontan-Heilungsverlauf des Nervs abzuwarten, wobei prognostisch als ungünstig zu werten sei, dass 5 Monate nach OP noch keine wesentliche Besserung eingetreten sei; allerdings seien weitere Besserungen im Verlauf der nächsten 1 bis 3 Jahre möglich (Vi-act. 69).

**4.10** Am 8. Dezember 2016 wurde bei persistierender Schmerzsymptomatik ein Arthro-MRI rechtes OSG durchgeführt (Vi-act. 78). L.\_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) gab hierauf die Beurteilung ab: 1. Kernspintomographisch regelrechte Darstellung der Calcaneus-Osteotomie; 2. Persistierend geringgradige Insertionstendinose der Achillessehne; 3. Postoperativ vernarbte, jedoch intakte laterale Band-

plastik ohne vermehrtes Enhancement, bildmorphologisch somit kein Hinweis auf laterale Instabilität.

Am 21. Dezember 2016 berichtet Dr.med. F.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei von ihm angehalten worden, seinem Fuss mehr zu vertrauen. Insbesondere das Gangbild sei noch sehr zurückhaltend ohne Versuch der Abrollbewegung. Man habe ihm erklärt, dass aufgrund der MRT-Befunde mit regelrechtem Zustand postoperativ kein Grund zu übermässiger Schonung bestehe. Im aktuellen Zustand sei eine Beschäftigung auf dem Bau nicht denkbar. Aufgrund der objektiven Befunde sei dies im weiteren Verlauf theoretisch aber wieder möglich. Er bat die Suva um eine kreisärztliche Untersuchung; die vollständige Arbeitsfähigkeit für starke körperliche Arbeit werde zunächst beibehalten (Vi-act. 77).

**4.11** Am 24. Januar 2017 führte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ eine kreisärztliche Untersuchung durch. Er hielt fest, es zeige sich eine weiterhin bestehende Druckschmerzhaftigkeit im lateralen OSG-Bereich, sowie eine funktionelle Störung im Abrollvorgang, bei insgesamt vorhandenem Apprehensionsverhalten. Eine berufliche Reintegration in die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter sei bis anhin nicht möglich gewesen und aktuell zeige sich die Prognose hierzu auch eher ungünstig. Er empfahl eine stationäre Rehabilitation zur Verbesserung der Funktion und Sicherheit im rechten Fuss (Vi-act. 87).

**4.12** Vom 6. Februar 2017 bis 14. März 2017 war der Beschwerdeführer in der Rehaklinik Bellikon hospitalisiert (Vi-act. 111). Als Probleme bei Austritt wurden im Austrittsbericht beschrieben 1. belastungsabhängige Schmerzen im rechten OSG; 2. verminderte Gehstrecke; 3. verminderte Koordination rechtes SG und 4. Gefühlsstörung im rechten Fuss, Fusssohle über dem vierten und fünften Strahl gefühllos und teils vermehrt schmerzempfindlich. Die Klinik empfahl weitere Physiotherapie sowie Fortsetzung des instruierten Heimprogrammes mit dem Ziel des Erhalts und längerfristig einer sukzessiven Verbesserung alltagsspezifischer, berufsspezifischer Kraft- und Ausdauerkomponenten, der Muskelfunktion.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive wurde bezogen auf die bisherige Tätigkeit im Fassadenbau eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Zumutbarkeit für andere Tätigkeiten wurde als aktuell mit leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags angegeben unter Beachtung der speziellen Einschränkung betr. OSG rechts: Wechselbelastend, ohne Tätigkeiten auf unebenem Gelände, ohne längerdauernde Zwangshaltungen, ohne längerdauerndes Treppensteigen, ohne Ersteigen von Leitern/Gerüsten. Es wurde mit einer weiteren Steigerung der Belastbarkeit in den nächsten 6 bis 8 Wochen gerechnet, so dass dann mittelschwere Tätigkeiten mit den genannten Einschränkungen

möglich sein sollten. Eine Verbesserung in einem Ausmass, dass eine Rückkehr an die bisherige Tätigkeit möglich wäre, wurde ausgeschlossen.

Als relevante objektive Befunde bei Austritt wurden festgehalten:

Deutlich rechtshinkendes Gangbild mit etwas valgischer Beinachse bds., aber korrekter Aufrichtung im Zehenstand bds. Beim Zehenstand Schmerzen im Bereich des lateralen OSG und entlang der Peroneussehne. Im Bereich lateraler Kalkaneus und distalen Anteil der Achillessehne ebenfalls Druckschmerzhaftigkeit. Klinisch keine Insuffizienz von Peroneussehne, Tibialis anterior oder posterior Sehne. Achillessehne funktionell unauffällig. Hypästhesie im Versorgungsgebiet des N. suralis rechts. OSG rechts F/E 30-0-5° bei gestrecktem Kniegelenk, 30-0-10° bei gebeugtem Kniegelenk.

Das Gangbild und die Stabilisierung des OSG konnten im Rahmen der Therapien verbessert werden. Ebenso konnte die Belastbarkeit leicht gesteigert werden.

Gemäss Austrittsgespräch konnte der Beschwerdeführer profitieren; die objektiven Verbesserungen bei den Fussbeschwerden seien jedoch eher in bescheidenem Rahmen. Die therapeutischen Möglichkeiten seien ausgeschöpft; Physiotherapie für weitere 2 bis 3 Monate könne noch zu einer leichten Verbesserung der Schmerzsituation führen; eine Operation werde keine Zustandsverbesserung bewirken. Mit einer erheblichen Zustandsverbesserung sei kaum mehr zu rechnen; schwere Bauarbeiten werden nicht mehr zumutbar sein. Dennoch willigte die Suva in einen 2 bis 3 monatigen Arbeitsversuch in der bisherigen Firma ein (Vi-act. 103).

**4.13** Am 23. Mai 2017 startete der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch im bisherigen Betrieb. Mehr als halbtags konnte er nicht arbeiten. Eine Zustandsverbesserung war nicht zu verzeichnen (Vi-act. 133 und 139).

**4.14** Am 15. September 2017 wurde die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durchgeführt bei Fragestellung Zumutbarkeitsprofil, Integritätsschaden, Weiterbehandlung nach Art. 21 UVG nach Fallabschluss (Vi-act. 154). Sie basierte auf den Grundlagen der kreisärztlichen Untersuchung vom Januar 2017, dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon, den Angaben des Versicherten und den Befunden aus dem persönlichen Untersuch.

Der Beschwerdeführer gab u.a. an, dass er immer Schmerzen im Bereich des rechten Aussenknöchels habe. Unter Belastung habe er eine Zunahme der Schmerzen, insbesondere beim Tragen von Gewichten > 20kg. Er könne 1 bis 3 km gehen, jedoch habe er dann je nach Dauer zunehmende Schmerzen im Sprunggelenk. Schmerzmittel nehme er keine, Physiotherapie habe er abgebrochen, ebenso Heimübungen. Weiter informierte er über eine in Portugal eingeholte Zweitmeinung, wonach er falsch operiert worden sei und man jetzt nichts mehr

machen könne; eine erneute Operation den Befund wahrscheinlich verschlechtern würde.

Der Kreisarzt führte folgende Befunde, Diagnosen und Beurteilung an:

### **Befunde**

(...)

Freie Mobilisation aus dem Wartebereich mit rechts leicht hinkendem Gangbild. Entkleiden im Sitzen. Am rechten Fuss inspektorisch reizlose, etwas verfärbte und verbreiterte, 7 cm lange Narbe bogenförmig um den Malleolus lateralis. Unauffällige Trophik, keine Schwellung. Orthograde Rückfussachse, etwas abgeflachtes Fussgewölbe beidseits. Barfussgang mit eingeschränkter endphasiger Abrollfunktion. Zehenspitzen- und Fersenstand beidseits nicht durchführbar. Ebenso wird der Einbeinstand nicht demonstriert. Treppengehen aufwärts erfolgt im Nachstellschritt links voran mit Nutzung des Handlaufs, abwärts mit Voransetzen des rechten Fusses unter Angabe von Schmerzen. Palpatorisch keine Druckschmerzen über der Malleolengabel oder über der Achillessehne. Die Prüfung der Sensibilität ist über allen Zehen seitengleich unauffällig. Im Bereich der Ober- und Unterschenkelmuskulatur liegen keine Umfangunterschiede vor.

### **Diagnosen**

- Aussenbandruptur rechtes OSG mit Längsriss der Peroneus brevis-Sehne 06.01.2016
- Status nach Peronealsehnen-Revision, Naht der Peroneus brevis Sehne, lateraler Bandplastik und lateraler Calcaneusosteotomie

### **Beurteilung**

Beim Versicherten kam es im Januar 2016 bei einem Sturz zu einer Distorsion des rechten Fusses sowie zu einer Kontusion des unteren Rückens und Beckens. Die Bildgebung der LWS und des Beckens zeigte keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen strukturellen Veränderungen, und die Beschwerden haben sich trotz anfänglicher starker Schmerzen rasch normalisiert. Im weiteren Verlauf entwickelte sich eine Bandinstabilität im Bereich des lateralen Sprunggelenkes rechts, welche operativ mit lateralisierender Calcaneusosteotomie rechts, Revision der Peronealsehne und Naht der Peroneus brevis-Sehne sowie lateraler Bandplastik versorgt wurde. Die Stabilität im OSG konnte wiederhergestellt werden. Es besteht noch eine Schmerzsymptomatik.

Klinisch finden sich keine erheblichen objektivierbaren Veränderungen. Selbst die in der ersten kreisärztlichen Untersuchung festgestellten Sensibilitätsstörungen sowie die Allodynie im Bereich des rechten Fusses konnten bei der heutigen Untersuchung nicht objektiviert werden. Insgesamt liegt ein stabiler Zustand vor, sodass ab dem 01.11.2017 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden kann.

Es ergibt sich daher ein Zumutbarkeitsprofil wie folgt:

Leichte bis mittelschwere vollschichtige Arbeit.

Spezielle Einschränkungen OSG rechts: Wechselbelastend, ohne Tätigkeiten auf unebenem Gelände, ohne längerdauernde Zwangshaltungen, ohne längerdauerndes repetitives Treppensteigen.

Das Ersteigen von Leitern und Gerüsten ist nicht zumutbar. Repetitives Tragen von schweren Gewichten grösser als 20 kg ist ebenfalls nicht zumutbar.

Zur Erhaltung des Gesundheitszustandes kann die MTT bis Ende des Jahres fortgeführt werden.

Die Bemessungsgrenze für einen Integritätsschaden ist nicht erreicht und somit keine Entschädigung geschuldet.

**4.15** Mit der Beschwerde reicht der Beschwerdeführer einen medizinischen Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ (Orthopäde, Braga) vom 5. September 2018 ein (Relatório Médico auf Portugiesisch und Medizinischer Bericht in deutscher Übersetzung; Bf-act. 5). Der kurze Bericht gibt im Wesentlichen die Angaben des Beschwerdeführers wieder (Arbeitsunfall mit Trauma des rechten Knöchels mit Verstauchung; keine Probleme mit Knöchel vor dem Unfall; aktuell Schmerzen am Knöchel, Ödeme, Knacken, Parästhesien; Schwierigkeiten beim Stehen oder sich anstrengen. Er fühle sich schlechter als vor der OP. Die Versicherung hindere ihn, Gewichte zu heben oder Treppen hoch und runter zu gehen). Er verweist auf ein Röntgen, das zeige, dass die Osteotomie des Kalkaneus mit zwei Schrauben fixiert worden sei. Eine Beurteilung fehlt. Schliesslich nimmt der Bericht Bezug auf die Nationale Tabelle der Behinderung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (TNI) gemäss portugiesischem Recht und leitet einen IPP (incapacidade permanente parcial; teilweise dauerhafte Behinderung) von 14.5% ab.

**5.1** Wie eingangs ausgeführt, hat der Unfallversicherer den Fall abzuschliessen, d.h. Heilbehandlung und Taggeldzahlung einzustellen und über die Rentenfrage zu befinden, 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 (vgl. Erw. 2.2 ff.). Wie die Vorinstanz zu Recht ausführt, kann von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes nur dann gesprochen werden, wenn die weitere Heilbehandlung zu einer wesentlichen, ins Gewicht fallenden, Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führt. Eine zu erwartende Verbesserung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit schliesst den Fallabschluss nicht aus. Diesbezüglich sind sämtliche medizinischen Berichte übereinstimmend: Ein operativer Eingriff zieht niemand in Betracht, auch nicht der portugiesische Orthopäde, da keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung erwartet wird. Die Rehaklinik Bellikon rechnete bei Austritt im März 2017 mit noch leichten Verbesserungen der Belastbarkeit des rechten Fusses im Verlaufe von zwei Monaten. Dies bei Weiterführung von MTT und Heimtraining. Beides hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (September 2017) abgesetzt. Auch wenn noch Verbesserungen erzielt werden

könnten, schloss die Rehaklinik eine Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz so oder anders aus. Gleichzeitig aber erachtete sie eine ganztägige Arbeit, vorerst leichte bis mittelschwere, später mittelschwere Arbeit als zumutbar. Dass sich diese Arbeitsfähigkeit durch weitere Heilbehandlung steigern liesse, hielt die Rehaklinik nicht fest. Zum gleichen Schluss kommt der Kreisarzt. Er anerkennt das Bestehen einer Schmerzsymptomatik, hält aber auch fest, klinisch fänden sich keine erheblichen objektivierbaren Veränderungen. Wenn er festhält, insgesamt liege ein stabiler Zustand vor, so dass ab November 2017 bei Beachtung des Zumutbarkeitsprofils von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden könne, so entspricht dies dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon. Ein dazu abweichender ärztlicher Bericht, etwa des behandelnden Arztes, liegt nicht im Recht. Aus dem vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten medizinischen Bericht vom 5. September 2018 ergibt sich ebensowenig, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch weitere Heilbehandlung noch namhaft verbessert werden könnte. Auch der Beschwerdeführer vermag in seiner Beschwerde nicht aufzuzeigen, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt wäre. Wenn er auf die im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon erwähnten Erfolge während des Aufenthaltes verweist, so ändert dies nichts daran, dass auch die Rehaklinik bei Weiterführung der Therapie nur eine leichte Verbesserung der Belastbarkeit annahm und die Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz ausschloss. Zudem beschränkte sie die Verbesserung auf die folgenden zwei Monate bei entsprechender Therapie (MTT und Heimtraining). Bis zur Abschlussuntersuchung verging mehr Zeit und die empfohlenen Therapien hat der Beschwerdeführer selber beendet. Vor allem aber wurde dem Beschwerdeführer bereits bei Austritt aus der Rehaklinik eine volle Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Tätigkeit attestiert. Dass sich der Beschwerdeführer nichts anderes als die angestammte Tätigkeit (Hilfsarbeiter auf dem Bau) vorstellen kann, hat unbeachtlich zu bleiben. Unergeblig ist auch seine Kritik am kreisärztlichen Bericht zur Abschlussuntersuchung. Der Kreisarzt hält die Anamnese fest. Gemäss festgestellten Befunden hat er den rechten Fuss umfassend untersucht und sich namentlich auch zu Schmerzen, Trophik, Schwellung sowie Beweglichkeit geäussert. Dass die festgestellten Befunde in Zweifel zu ziehen wären, macht der Beschwerdeführer nicht geltend. Unzutreffend ist die Behauptung, der Kreisarzt habe sich mit keinem Wort zur Besserung des Gesundheitszustandes geäussert. Zum einen hielt der Kreisarzt aufgrund der Vorakten und des persönlichen Untersuches fest, es liege ein stabiler Zustand vor, was namhafte Verbesserungen ausschliesst und zum andern empfahl er zur Erhaltung des Gesundheitszustandes die Weiterführung von MTT bis Ende Jahr. Wie bereits erwähnt,

stimmt diese Beurteilung des Kreisarztes mit den weiteren medizinischen Berichten überein.

**5.2** Unbegründet sind ebenso die Vorbringen, der Kreisarzt leite das von ihm definierte Zumutbarkeitsprofil nicht her und begründe es auch nicht weiter, es sei rein spekulativ. Zum einen resultiert das vom Kreisarzt beschriebene Zumutbarkeitsprofil auf seiner persönlichen Untersuchung, den festgestellten Befunden und den Angaben des Beschwerdeführers. Es ist denn auch schlüssig und nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer selber gab an, seine Schmerzen würden zunehmen, wenn er mehr als 20kg tragen müsse. Entsprechend hielt der Kreisarzt fest, repetitives Tragen von schweren Gewichten grösser als 20kg sei nicht zumutbar. In den Befunden wird eine eingeschränkte Funktionalität und Schmerzhaftigkeit des rechten OSG beschrieben (wenn teilweise allerdings auch als "nicht durchführbar" resp. "nicht demonstriert" dokumentiert). Der Beschwerdeführer selber gab an, 1 bis 3 km gehen zu können, je nach Dauer aber Schmerzen im Sprunggelenk zu haben. Schmerzmittel nimmt er indes keine. Entsprechend definierte der Kreisarzt im Zumutbarkeitsprofil spezielle Einschränkungen aufgrund des OSG rechts. Die medizinischen Berichte halten übereinstimmend fest, resp. ist unbestritten, dass eine Tätigkeit im angestammten Beruf nicht mehr möglich ist. Andererseits weisen die medizinischen Berichte keine Anhaltspunkte auf, wonach dem Beschwerdeführer in einer dem Zumutbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit nicht eine 100% Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zugemutet werden kann. Der Beschwerdeführer selber beschränkt sich auf eine rein appellatorische Kritik an dieser Feststellung, ohne selber medizinische Befunde ins Recht zu legen oder Hinweise zu geben, wonach das Zumutbarkeitsprofil unzutreffend sein sollte. Wenn der Beschwerdeführer beim Arbeitsversuch am angestammten Arbeitsplatz nur knapp ein 50%-Pensum leisten konnte, dann vermag auch dies die kreisärztliche Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen, wird die bisherige Tätigkeit doch in allen medizinischen Berichten als nicht zumutbar beurteilt.

**5.3** Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz gestützt auf den Bericht des Kreisarztes vom Endzustand ausging und die Heilbehandlung sowie Taggeldzahlung einstellte sowie den Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung prüfte. Der Bericht des Kreisarztes ist umfassend, schlüssig und nachvollziehbar. Er wird durch den Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon bestätigt und es liegen keine abweichenden medizinischen Berichte vor, welche auch nur geringe Zweifel an seiner Beurteilung erwecken könnten. Mithin besteht keine Veranlassung, den Fall nicht abzuschliessen und eine ärztliche Begutach-

tung durchzuführen. Eine Verletzung der Untersuchungspflicht, Art. 43 ATSG, liegt nicht vor.

**6.** Eventualiter beantragt der Beschwerdeführer die Ausrichtung einer Invalidenrente von 62% ab 1. November 2017 sowie einer Integritätsentschädigung von mindestens 25%.

**6.1** Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

Bei der Ermittlung des Einkommens, das der Versicherte erzielen könnte, wäre er nicht invalid geworden (Valideneinkommen), ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die LSE-Tabellenlöhne oder - soweit die Suva der Unfallversicherer ist - die sogenannten DAP-Zahlen (Arbeitsplatz-Dokumentation der Suva) herangezogen werden (BGE 143 V 295 Erw. 2.2; BGE 135 V 297 Erw. 5.2 S. 301; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130, 8C 7/2014 Erw. 7.1). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1 S. 190; Urteil 8C\_266/2016 vom 15. März 2017 Erw. 5.2.3). Die korrekte Anwendung der LSE-Tabellen, namentlich die Wahl der Tabelle wie auch der Bezug der massgeblichen Stufe (Anforderungs- bzw. Kompetenzniveau), ist eine Rechtsfrage, wogegen das für die Wahl einer

bestimmten Tabelle der LSE entscheidende Vorhandensein konkret erforderlicher Voraussetzungen wie etwa einer spezifischen Ausbildung und weiterer Qualifikationen in den Bereich der Sachverhaltserhebung fällt. Auch der darauf basierende Umgang mit den Zahlen in der massgebenden LSE-Tabelle beschlägt Tatfragen (BGE 143 V 294 Erw. 2.4).

**6.2** Bezüglich Valideneinkommen rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe zum einen die Verpflegungsspesen von Fr. 212.-- [recte Fr. 262.--; Vi-act. 157] monatlich unberücksichtigt gelassen, obwohl es sich dabei um einen Lohnbestandteil handle. Zum andern müsse von einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit ausgegangen werden, weshalb das vom Arbeitgeber angegebene Pensum von 40 Wochenstunden auf 41.7 Wochenstunden hochzurechnen sei. Daraus resultiere ein Valideneinkommen von Fr. 62'813.75.

Betreffend relevanter Wochenstunden hält die Vorinstanz zu Recht entgegen, im Betrieb des Beschwerdeführers seien effektiv 40h pro Woche gearbeitet worden, weshalb keine Umrechnung zu erfolgen habe. Dies entspricht dem zuletzt erzielten Lohn (Vi-act. 157), der für den Validenlohn massgeblich ist (vgl. Erw. 6.1).

Unbehilflich ist das Vorbringen, bei den vom Arbeitgeber geleisteten Verpflegungsspesen handle es sich um einen Lohnbestandteil im Sinne der AHV-Gesetzgebung. Gemäss Lohnmeldung des Arbeitgebers selbst (Vi-act. 157) wurden zum Monatslohn von Fr. 4'393.-- x 13 zusätzlich Verpflegungsspesen von Fr. 262.-- x 12 bezahlt, die nicht AHV-pflichtig seien. Ob die Vorinstanz diese Spesen (im Sinne eines Unkostenbeitrags, Art. 9 Abs. 1 AHVV) damit zu Recht nicht berücksichtigt hat (vgl. Urteile BGer 8C\_964/2012 vom 16.9.2013 Erw. 4.3.2; 9C\_584/2015 vom 15.4.2016 Erw. 6.1; 9C\_278/2010 vom 26.5.2010 Erw. 2.3) kann letztlich aber offen bleiben, ändert doch am Ergebnis selbst deren Berücksichtigung als Bestandteil des Validenlohn nichts (vgl. nachfolgend).

Zusammenfassend ist damit von einem Valideneinkommen von Fr. 57'109.-- auszugehen.

**6.3.1** Betreffend Invalideneinkommen trägt der Beschwerdeführer vor, es sei ihm keine vollschichtige Arbeit zumutbar, er könne aufgrund der Schmerzsymptomatik und des Anschwellen des Fusses maximal im Umfang eines 50% Pensums arbeiten. Dem kann mit Verweis auf das unter Erwägung 5 Ausgeführte nicht gefolgt werden. Es bestehen keine Zweifel, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist und ganztags arbeiten kann. Der Arbeitsversuch in der angestammten, allseits als unzumutbar beurteilten Tätigkeit vermag keine Teilarbeitsfähigkeit zu belegen.

**6.3.2** Zur Berechnung des Invalideneinkommens habe die Vorinstanz zu Unrecht die Tabelle TA1 der LSE 2014, privater Sektor, herangezogen. Es bestehe kein Grundsatz, wonach stets auf diese Tabelle abzustellen sei. Dem Beschwerdeführer stehe der private als auch der öffentliche Sektor offen, weshalb die entsprechende Tabelle "monatlicher Bruttolohn nach Ausbildung, beruflicher Stellung und Geschlecht im privaten und öffentlichen Sektor" massgeblich sei. Daraus resultiere ein hochgerechneter Jahresverdienst von Fr. 64'341.20. Das von der Vorinstanz berücksichtigte Invalideneinkommen von Fr. 67'522.-- sei nicht korrekt.

Anzuwenden sind stets die aktuellsten Tabellen (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1), was die Vorinstanz mit Beizug der LSE-Tabellen 2014 berücksichtigte. Die Wahl der konkreten Tabelle und der Beizug der massgeblichen Stufe ist eine Rechtsfrage (Erw. 6.1). Die Rechtsprechung wendet in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile "Total Privater Sektor", an. Nur ausnahmsweise haben das Bundesgericht und das Eidgenössische Versicherungsgericht bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in einem konkreten Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt, auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt, wenn dies als sachgerecht erschien, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Mithin besteht entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers ein Grundsatz, für die Berechnung des Invalideneinkommens - bei Fehlen eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens - von der Tabelle TA1 auszugehen (Urteile BGer 8C\_212/2018 vom 13.6.2018 Erw. 4.4.1; 9C\_667/2017 vom 27.11.2017 Erw. 3.2; 8C\_457/2017 vom 11.10.2017 Erw. 6.2 mit Hinweisen). Vorliegend besteht aufgrund der konkreten Gegebenheiten keine Veranlassung, von diesem Grundsatz abzuweichen. Der Beschwerdeführer verfügt nur über eine Aufenthaltsbewilligung L (allerdings kann er sich als Portugiese auf das Freizügigkeitsabkommen abstützen; die Bewilligung ist nicht konstitutiv; EGV-SZ 2016 B15.1). Er ist erst seit rund drei Jahren in der Schweiz. Eine Verständigung in deutscher Sprache ist nicht möglich. Über eine Berufsausbildung verfügt der Beschwerdeführer nicht. Diese Voraussetzungen sowie das medizinische Zumutbarkeitsprofil berücksichtigend ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz entsprechend dem Grundsatz die Tabelle TA1 angewendet hat, ist doch eine Anstellung im öffentlichen Sektor nicht wahrscheinlich.

**6.3.3** Soweit der Beschwerdeführer eine Parallelisierung der Einkommen verlangt, kann dem nicht gefolgt werden. Die Vorinstanz führt vernehmlassend zu

Recht aus, der Beschwerdeführer habe dem Landesmantelvertrag des Bauhauptgewerbes unterstanden und einen diesem entsprechenden Lohn erzielt. Dies schliesse rechtsprechungsgemäss die Qualifikation als unterdurchschnittliches Einkommen aus. Mit Urteil BGer 8C\_759/2017 vom 8. Mai 2018 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung bestätigt, wonach das Einkommen ungelerner Bauarbeiter, welches dem Mindestverdienst gemäss dem Landesmantelvertrag für das schweizerische Bauhauptgewerbe (GAV-LMV) entspricht oder diesen gar übersteigt, nicht als unterdurchschnittlich qualifiziert werden kann, auch wenn es erheblich unter dem in der LSE ausgewiesenen Durchschnittslohn im Bauhauptgewerbe liegt. Das Bundesgericht unterlegt dies im Wesentlichen mit der Aussage, der Mindestverdienst gemäss GAV-LMV bilde das branchenübliche Einkommen präziser ab als der entsprechende LSE-Lohn. Der Beschwerdeführer stellt einzig einen Vergleich seines Einkommens zum von der Vorinstanz herangezogenen Tabellenlohn her. Rechtsprechungsgemäss taugt dies nicht, um Unterdurchschnittlichkeit zu belegen. Dass der Lohn nicht dem Landesmantelvertrag entsprechen würde oder nicht branchenüblich wäre, macht er nicht geltend. Entsprechend ist keine Parallelisierung vorzunehmen.

**6.3.4** Die Vorinstanz nahm vom Tabellenlohn einen leidensbedingten Abzug von 15% vor; der Beschwerdeführer fordert einen Abzug von 25%.

Praxisgemäss können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25% begrenzten Leidensabzug von dem nach den LSE-Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 16 ATSG) nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; Urteil BGer 8C\_736/2017 vom 20.8.2018 Erw. 4.2.1). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb).

Den Abzug von 15% gewährte die Vorinstanz aufgrund der unfallbedingten Einschränkungen betreffend das rechte Bein sowie wegen des Kriteriums Nationalität und Sprache. Gemäss Beschwerdeführer muss auch das Kriterium Alter zu einem weiteren Abzug führen. Dem kann nicht entsprochen werden. Ob das Merkmal "Alter" einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgegliche-

nen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt. Zudem fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Ausserdem steht fest, dass sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohn erhöhend auswirkt (Urteil BGer 8C\_227/2018 vom 14.6.2018 m.w.H.). Der Beschwerdeführer hat Jahrgang 1969, was nicht als fortgeschrittenes Alter bezeichnet werden kann. In Frage kommen Tätigkeiten Kompetenzniveau 1. Inwiefern der Beschwerdeführer unter diesen Umständen auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersbedingt nur ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielen können, ist nicht nachvollziehbar. Er selber verweist denn auch bloss auf sein Alter ohne weiter zu erklären, weshalb sich dies bei ihm lohnmindernd auswirkt. Ein Abzug vom Tabellenlohn wegen des Alters lässt sich denn auch nicht begründen. Unbegründet ist ebenso die Forderung eines Leidensabzugs infolge Teilzeitarbeit. Wie bereits ausgeführt, ist dem Beschwerdeführer eine ganztätige Arbeit zumutbar. Zusammenfassend ist der von der Vorinstanz angewandte Leidensabzug von 15% nicht zu beanstanden.

**6.4** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 57'109.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 57'393.60 (Tabellenlohn von Fr. 67'522.-- abzüglich 15% Leidensabzug) resultiert keine Erwerbsunfähigkeit und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Selbst wenn die Verpflegungsspesen beim Valideneinkommen berücksichtigt würden, dieses Fr. 60'253.-- betragen würde, resultierte daraus keine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10% (vgl. Art. 8 ATSG i.V.m. Art. 16 UVG).

**7.1** Schliesslich fordert der Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von mindestens 25%. Der Kreisarzt begründe seine Beurteilung, wonach keine Entschädigung geschuldet sei, nicht. Richtigerweise sei eine Integritätsentschädigung insofern geschuldet, als der Beschwerdeführer aufgrund des Unfalls nicht mehr in seinem angestammten Beruf arbeiten könne und starke unfallbedingte Beschwerden vorlägen. Der Kreisarzt nehme auch keine Stellung zur misslungenen Operation. Das Sprunggelenk sei in seiner Funktion deutlich eingeschränkt. Die Rehaklinik Bellikon statuiere eine Beweglichkeitseinschränkung, namentlich beim Gehen auf unebenem Boden, in der Hocke und beim Treppaufgehen. Dies gehe auch aus dem medizinischen Bericht vom 5. September 2018 hervor. Gemäss Tabelle sei daher eine Integritätsentschädigung von 5 - 30% zu sprechen, konkret eine solche von 25%.

**7.2.1** Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Integritätsentschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 Gebrauch gemacht. Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, 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 (Art. 36 Abs. 1 UVV).

**7.2.2** Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 Erw. 1 b; BGE 113 V 219 Erw. 2a; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 Erw. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher, geistiger und psychischer Integritätsschäden (Ziff. 1 Abs. 2).

**7.2.3** Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen. Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (vgl. [www.suva.ch/de-ch/unfall/unfall/versicherungsmedizin](http://www.suva.ch/de-ch/unfall/unfall/versicherungsmedizin); letztmals eingesehen am 28.11.2018). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen (sog. Feinraster) stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet wer-

den soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 Erw. 1c; Urteil BGer 8C\_19/2017 vom 22.5.2017 Erw. 4.2 mit Hinweisen).

**7.2.4** Somit fällt es in einem ersten Schritt dem Arzt oder der Ärztin zu, sich unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden dazu zu äussern ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht ist und, bejahendenfalls, welches Aus-mass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dass sie sich hiefür an die medizinischen Angaben zu halten haben, ändert nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung, im Streitfall des Gerichts, und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil BGer 8C\_826/2013 vom 28.5.2013 Erw. 2.4 mit Verweis auf SVR 2009 UV Nr. 27 S. 97;).

**7.3** Der Beschwerdeführer fordert eine Integritätsentschädigung einerseits mit der Begründung, seinen angestammten Beruf nicht mehr ausüben zu können.

Soweit der Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung auf Basis der festgestellten Erwerbsunfähigkeit resp. der Unfähigkeit, den angestammten Beruf auszuüben, fordert, gilt es festzuhalten, dass zwischen Invaliditätsgrad und Integritätseinbusse keine Abhängigkeit besteht. Die Integritätsentschädigung wird völlig losgelöst von der Erwerbsfähigkeit, der Möglichkeit, einen Verdienst zu erzielen, eine bestimmte Tätigkeit auszuüben, festgesetzt. Entscheidend ist vielmehr, dass die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat, was medizinisch-theoretisch ermittelt wird (Art. 24 Abs. 1 UVG). Aus diesem Grunde basiert die Beurteilung eines Integritätsschadens allein auf dem medizinischen Befund; weder das berufliche Zumutbarkeitsprofil, noch die Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder andere vom medizinischen Befund losgelöste, subjektive Faktoren spielen dabei eine Rolle (VGE I 2017 88 vom 13.12.2017 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Die Feststellung, den angestammten Beruf nicht mehr ausüben zu können, sagt somit nichts aus über die medizinisch-theoretische Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität.

**7.4** Unbegründet ist andererseits der Vorwurf, die Vorinstanz verweise auf die Beurteilung des Kreisarztes und dieser äussere sich ohne Begründung zum Integritätsschaden. Entsprechend sei die Ablehnung nicht nachvollziehbar.

Die Vorinstanz verweist als Begründung für die Ablehnung auf die kreisärztliche Beurteilung vom 15. September 2017 und die Feststellung, gestützt darauf bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Grundlage der Festsetzung einer Integritätsentschädigung bildet ein medizinischer Befund. Vorliegend fasste der Kreisarzt den aktenmässigen Verlauf zusammen, er nahm die Anamnese auf, erhob im Rahmen einer persönlichen Untersuchung einen klinischen Befund, er bezeichnete die Diagnose und er gab schliesslich eine all dies umfassende, nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung ab (Vi-act. 154). Wenn er zum Schluss gelangte, die Bemessungsgrenze für einen Integritätsschaden sei nicht erreicht und somit keine Entschädigung geschuldet, so basiert dies auf dieser Abschlussuntersuchung und entspricht den dabei erhobenen Befunden und der Diagnose. Seine Beurteilung ist damit begründet. Wie bereits dargelegt, stehen die von ihm erhobenen Befunde, die Diagnose und die Beurteilung dabei nicht in Widerspruch zu anderen medizinischen Berichten (vgl. Erw. 5). Mithin kann darauf abgestellt werden.

**7.5** Suva Tabelle 2 äussert sich zum Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten, die Suva-Tabelle 6 zum Integritätsschaden bei Gelenkinstabilitäten. Gemäss Abschlussbericht konnte die Stabilität im OSG wieder hergestellt werden. Der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon spricht von stabiler Bandsituation, es bestünde aber dennoch eine funktionelle Instabilität bei reduzierter Koordination (Vi-act. 111/3 von 9). Selbst wenn damit eine gewisse Instabilität anerkannt werden könnte, ist die Erheblichkeitsschwelle nach Tabelle 6 keinesfalls erreicht: Mässige (mittelschwere) Instabilitäten des OSG werden mit 0%, schwere laterale OSG-Instabilitäten mit 5-10% (mediale mit 0%) bewertet. Ebenso wenig kann von einer erheblichen Funktionsstörung des rechten Fusses gesprochen werden. Der persönliche Untersuch des Kreisarztes ergab bezüglich der aktiven Beweglichkeit des OSG seitengleiche Ergebnisse (E/F 20-0-40; E/I 10-0-20). Eine Beurteilung des Zehenspitzen- und Fersenganges war dem Kreisarzt infolge Nichtdurchführbarkeit nicht möglich; auch der Einbeinstand wurde seitens Beschwerdeführer nicht demonstriert. Hierzu finden sich jedoch Befunde im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon. Zehenstand war möglich mit Angabe von Schmerzen im Bereich des lateralen OSG und entlang der Peroneussehne. Erwähnt wird auch eine deutlich verminderte Standbeinphase rechts beim Gehen und Treppen hinabsteigen (keine Einschränkung beim Hinaufsteigen). Ein in Tabelle 2 aufgelistetes Beschwerdebild das Sprunggelenk und den Mittelfuss be-

treffend liegt beim Beschwerdeführer nicht vor. Er selber begründet seine Darstellung, wonach gemäss dieser Tabelle ein Integritätsschaden von 5-30% zuzusprechen sei, nicht weiter. Wenn er ausführt, der Bericht der Rehaklinik Bellikon statuiere eine Beweglichkeitseinschränkung, namentlich beim Gehen auf unebenem Boden, in der Hocke und beim Treppaufgehen, so findet sich dies so im Austrittsbericht nicht. In der Anamnese werden Probleme beim Gehen auf unebenem Boden, in der Hocke und beim Treppaufgehen genannt und als Ziele des Aufenthaltes entsprechende Verbesserungen definiert (Vi-act. 121/5 resp. 8 von 10). Der objektive Befund lautet "deutlich rechtshinkendes Gangbild mit etwas valgischer Beinachse bds., aber korrekter Aufrichtung im Zehenstand bds. Beim Zehenstand Schmerzen im Bereich des lateralen OSG und entlang der Peroneussehne" (Vi-act. 121/9 von 10; vgl. Erw. 4.12). Der vom Beschwerdeführer eingereichte medizinische Bericht vom 5. September 2018 aus Portugal enthält keine erhobenen Befunde; die Angabe eines dem portugiesischem Recht entsprechenden IPP (incapacidade permanente parcial; teilweise dauerhafte Behinderung) von 14.5% lässt keine Rückschlüsse auf einen allfälligen Integritätsschaden nach Art. 24 UVG zu.

Damit aber ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ablehnte.

**8.** Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet. Der Fallabschluss erfolgte zu Recht, nachdem von weiteren Heilbehandlungen keine namhafte Besserung mehr erwartet werden konnte. Weder liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor, die Anspruch auf eine Invalidenrente geben würde, noch kann dem Beschwerdeführer ein erheblicher und dauernder Integritätsschaden attestiert werden, weswegen auch kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht.

**9.** Es werden keine Verfahrenskosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang nicht (Art. 61 lit. a und g ATSG).

**Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (2/R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Dezember 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 21. Dezember 2018