

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. März 2015 (725 14 279)

Unfallversicherung

Fallabschluss zurecht erfolgt. Das Schonhinken aufgrund der Fussverletzung ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die Rückenbeschwerden verantwortlich. Die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden ist folglich zu verneinen.

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz
-----------	--

Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Marco Chevalier, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel
----------	---

gegen

SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel

Betreff	Leistungen
---------	------------

A. Der 1980 geborene A.____ war als Eisenleger tätig, als er am 26. August 2005 von einer Betonplatte am rechten Oberschenkel getroffen wurde und eine Oberschenkelkontusion erlitt. Die SUVA erbrachte für diesen Unfall die gesetzlichen Leistungen bis zum 29. Januar 2006. Ab 24. September 2010 arbeitete A.____ bei der B.____. Am 27. September 2010 stürzte er von einer Leiter und verletzte sich am rechten Fuss. Die SUVA übernahm die Heilungskosten und richtete Taggelder aus. Am 17. Juli 2013 stellte sie die Einstellung dieser Leistungen per 31. August 2013 in Aussicht. Mit Verfügung vom 4. September 2013 sprach sie B.____ schliesslich für die Folgen des Unfalls vom 27. September 2010 eine Rente gestützt auf einen IV-Grad von 11% zu, wobei sie die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden und der Rückenbeschwerden verneinte.

Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Marco Chevalier, Einsprache. Er machte geltend, dass die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden gegeben sei und verwies auf den Bericht von Dr. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 29. April 2013. Mit Entscheid vom 29. Juli 2014 wies die SUVA die Einsprache gestützt auf die Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. med. D.____, FMH Chirurgie sowie FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. Juli 2014 ab.

B. A.____ erhob durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 15. September 2014 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte im Wesentlichen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die SUVA sei zu verurteilen, die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die SUVA in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Er rügte die fehlende Beweiskraft der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. D.____ vom 25. Juli 2014, die ungenügende Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts, das Fehlen eines Endzustandes sowie die Verletzung des rechtlichen Gehörs bei der Festlegung des Valideneinkommens.

C. Mit Vernehmlassung vom 30. Oktober 2014 beantragte die SUVA, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, die Abweisung der Beschwerde.

D. Sowohl der Beschwerdeführer als auch die SUVA hielten mit Replik vom 18. November 2014 bzw. Duplik vom 3. Dezember 2014 an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren.

1.2 Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und den Gesundheitsbeeinträchtigungen ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.2 Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche

Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160).

3.2 Im vorliegenden Fall besteht Einigkeit über die Unfallkausalität der Fussbeschwerden. Unbestritten ist auch, dass die diagnostizierten psychischen Beschwerden (somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige depressive Episode) weder zum ersten Unfall im Jahr 2005 noch zum zweiten Unfall im Jahr 2010 in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang stehen. Strittig ist dagegen, ob die Rückenbeschwerden unfallkausal sind. Die SUVA verneinte dies und verwies in ihrem Einspracheentscheid auf die Kreisarztberichte von Dr. D.____ vom 25. Juli 2014 und Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 3. Dezember 2012. Der Beschwerdeführer geht dagegen von der Unfallkausalität der Rückenbeschwerden aus und verweist auf die Beurteilung von Dr. C.____ vom 29. April 2013. Vor der Kausalitätsprüfung ist die Frage des Fallabschlusses zu beurteilen.

4.1 Ein weiterer Anspruch auf die vorübergehende UV-Leistung "Heilbehandlung" setzt nach Gesetz (Art. 19 Abs. 1 UVG) und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integri-

tätsentschädigung zu prüfen (BGE 137 V 201 f. E. 2.1, 134 V 114 E. 4.1). Nahtlos an diese Regelung schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll Heilbehandlung - wie die in den Art. 11 bis 13 UVG vorgesehenen Kostenvergütungen - nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

4.2 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 ff. hierzu festgehalten, dies bestimme sich mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei, namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei verdeutliche die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen würden nicht genügen (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

5.1 Mit Schreiben vom 17. Juli 2013 teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 14. Juni 2013 eine weitere Behandlung den gesundheitlichen Zustand nicht mehr namhaft zu verbessern vermöge. Demnach würden sie die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2013 einstellen und die Rentenfrage prüfen. Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht zur Diskussion (vgl. Notiz vom 17. Juli 2013). Mit Verfügung vom 4. September 2013 gewährte die SUVA dem Versicherten eine IV-Rente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 11%. Der Beschwerdeführer wehrt sich gegen den Fallabschluss mit der Begründung, dass kein Endzustand eingetreten sei.

5.2 Anlässlich des Unfalls vom 26. August 2005 erlitt der Beschwerdeführer eine Bänderzer- rung an der Aussenseite des rechten oberen Sprunggelenkes sowie eine Prellung des rechten Oberschenkels. Beide Verletzungen wurden konservativ behandelt. Vom 30. November 2005 bis 18. Januar 2006 hielt sich der Beschwerdeführer in der F.____ auf. Gemäss Bericht vom 24. April 2006 wurde festgehalten, dass die erlittenen Verletzungen leichter Art gewesen und vollständig abgeheilt seien. Minimale Restbeschwerden im Sinne von Schmerzen bei starker kör- perlicher Belastung liessen sich nicht ausschliessen, seien aber nicht in einem Ausmass zu

erwarten, dass sie die Lebensqualität oder Arbeitsfähigkeit des Versicherten wesentlich mindern würden. Der Versicherte sei ab Spitalaustritt für sämtliche berufliche Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Der Fall wurde daraufhin abgeschlossen.

Beim zweiten Unfall am 27. September 2010 zog sich der Versicherte ein Supinationstrauma (Verletzung der fibularen Bänder des Sprunggelenkes) zu. Am 21. Dezember 2010 wurde im G.____ eine OSG-Arthroskopie mit lateraler und medialer Bandplastik durchgeführt. Am 18. Februar 2011 attestierte Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine volle Arbeitsfähigkeit ab 21. Februar 2011. Da der Versicherte unter persistierenden Schmerzen im rechten Fuss mit Ausstrahlung in Knie und Hüfte litt, wurde er im I.____ vorgestellt. Am 31. Januar 2012 erfolgte eine weitere OSG-Arthroskopie, anlässlich welcher eine laterale Band- und eine Peronealsehnenrekonstruktion vorgenommen wurden. Am 24. August 2012 diagnostizierte Dr. med. J.____, Oberarzt Orthopädie am Universitätsspital Basel, eine sudeckoide Reaktion bei Status nach lateraler Bandrevision. Vom 26. April 2012 bis 21. Juni 2012 war der Versicherte in den K.____ zur stationären Behandlung. Es wurden eine mittelgradige depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt (vgl. Bericht vom 28. September 2012). Anschliessend nahm er eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, auf. Am 3. Dezember 2012 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. E.____. Er stellte eine laterale Schmerzsymptomatik am rechten Fuss fest. Die Schraube nach Calcaneusverlängerungsosteotomie sei tastbar. Eine relevante Dystrophie sei nicht eruierbar. Der Kreisarzt kam zum Schluss, dass dem Versicherten zum aktuellen Zeitpunkt aus unfallkausaler Sicht ganztags leichte, wechselbelastende und möglichst ebenerdige Tätigkeiten zumutbar seien mit freier Wahl zwischen Sitzen, Stehen und Gehen. Von einer erheblichen Verbesserung der Beschwerden am rechten Fuss durch operative Massnahmen sei nicht auszugehen. Der Versicherte habe gleichentags noch eine Untersuchung im I.____. Erst nach Eingang des entsprechenden Berichts sei zur Frage des Endzustandes Stellung zu nehmen (vgl. Notiz vom 3. Dezember 2012). Am 4. Januar 2013 wurde die Calcaneus-Schraube im I.____ entfernt (vgl. Operationsbericht vom 4. Januar 2013) und am 29. Januar 2013 ein unbefristetes Arbeitsunfähigkeitszeugnis im Rahmen von 100% ausgestellt. Mit weiterem Bericht vom 25. Februar 2013 führte Dr. J.____ an, dass die Fussbeschwerden nicht zurückgingen. Eine Abklärung in M.____ wäre sinnvoll, um beurteilen zu können, ob ein chronifiziertes Schmerzsyndrom oder eine rheumatologische Erkrankung mit ursächlich seien. Dr. E.____ schlug einen stationären Aufenthalt in der F.____ vor, womit sich der Versicherte einverstanden erklärte. Er weilte dort vom 7. Mai 2013 bis 28. Mai 2013. Gemäss Austrittsbericht vom 31. Mai 2013 wurde eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt, welche auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. In Bezug auf die Fussbeschwerden gäbe es keine Anhaltspunkte für ein Morbus Sudeck. Klinisch beständen auch keine Hinweise für eine Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die radiologischen Aufnahmen zeigten stationäre degenerative Veränderungen im OSG. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe - neben den Beschwerden am rechten Fuss - vor allem die psychische Störung; in geringerem Ausmass die Beschwerden am rechten Knie und am thorakolumbalen Rücken. Aus somati-

scher Sicht seien dem Versicherten leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeiten ganztags zumutbar. Bezüglich des rechten Fusses sei darauf zu achten, dass Vibrationen und Schläge, Zwangshaltungen und wiederholtes Treppen- oder Leiternsteigen mit Gewichten sowie Arbeiten an sturzexponierten Stellen und in unebenem Gelände vermieden würden. Zwangshaltungen seien auch für das rechte Knie nicht ideal. Aufgrund der degenerativen Veränderungen am Rücken seien wechselbelastende Tätigkeiten mit länger dauernden vorgeneigten und/oder verdrehten Rumpfpositionen nicht zumutbar. Unerwartete, asymmetrische Lasteneinwirkungen seien ebenfalls ungünstig. Aktuell sei der Versicherte aber aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig.

5.3 Dr. E._____ ging aufgrund des medizinischen Verlaufs am 14. Juni 2013 von einem Endzustand der Beschwerden am rechten Fuss aus. Der Beschwerdeführer wehrt sich gegen den Fallabschluss mit der Begründung, dass der Kreisarzt die Sudeck-Problematik ausgeblendet habe. Überhaupt habe er die gesundheitliche Situation falsch eingeschätzt, da trotz Annahme des Endzustandes eine weitere Operation am Fuss notwendig gewesen sei. Zur Beurteilung des Endzustandes sei deshalb ein externes medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben.

5.4 Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Zu beachten ist diesbezüglich, dass Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zukommt, wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall 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 135 V 465 E. 4.4).

5.5 Den Einwänden des Beschwerdeführers gegen den Fallabschluss in Bezug auf die Beschwerden des rechten Fusses kann nicht gefolgt werden. Im Zeitpunkt der Beurteilung des Endzustandes durch den Kreisarzt am 14. Juni 2013 bestand keine Sudeck-Problematik mehr. Die Diagnose eines Morbus Sudeck wurde erstmals vom behandelnden Facharzt Dr. J._____ anlässlich einer Verlaufskontrolle am 25. Juni 2012 nach der lateralen Bandrevision im Januar 2012 diagnostiziert (vgl. Verlaufsbericht vom 24. August 2012). Die Diagnose wurde mit Zwischenbericht vom 29. Oktober 2012 bestätigt. Im Operationsbericht vom 4. Januar 2013 zur Entfernung der Calcaneus-Schraube wurde lediglich noch von einem Verdacht auf ein Morbus Sudeck mit Rötung und Hyperhydrosis des Fussgelenkes gesprochen. Bereits im Bericht vom 29. Januar 2013 war für Dr. J._____ die Sudeck-Problematik kein Thema mehr. Gemäss Bericht von Dr. J._____ vom 25. Februar 2013 wurde neu der Ursprung der noch bestehenden Beschwerden in einem chronifizierten Schmerzsyndrom bzw. einer rheumatologischen Erkrankung vermutet. Schliesslich verneinten die Ärzte der F._____ ausdrücklich einen Morbus Sudeck (vgl.

Austrittsbericht der F.____ vom 31. Mai 2013). Bei dieser Ausgangslage gab es für den Kreisarzt keinen Grund, bei der Beurteilung des Endzustandes am 14. Juni 2013 auf die Sudeck-Problematik einzugehen. Aus einem aktuellerem Bericht des G.____ vom 22. August 2014 geht ebenfalls hervor, dass es keine Anzeichen für ein Morbus Sudeck gebe.

5.6 Bei der vom Beschwerdeführer angesprochenen, erneuten Operation am rechten Fuss handelte es sich um eine Infiltration, d.h. um eine Schmerzbehandlung, welche am 16. September 2014 und somit ein Jahr nach Fallabschluss im G.____ durchgeführt wurde. Ein Endzustand bedeutet nicht, dass kein Bedarf mehr an medizinischer Behandlung gegeben ist. Der Endzustand liegt vor, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes bzw. keine Steigerung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit mehr erwartet werden kann. Aufgrund der bereits ohne eine solche Schmerzbehandlung festgestellten vollständigen Arbeitsfähigkeit bezüglich der Fussbeschwerden in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit durfte die SUVA davon ausgehen, dass keine namhafte Verbesserung durch weitere Eingriffe zu erreichen gewesen wäre (vgl. Austrittsbericht der F.____ vom 31. Mai 2013). So empfahlen die Ärzte in F.____ zur Besserung der Schmerzproblematik nur noch konservative Massnahmen. Auch der Kreisarzt ging anlässlich seiner Untersuchung am 3. Dezember 2012 davon aus, dass eine erhebliche Besserung der Beschwerden am rechten Fuss durch weitere operative Massnahmen unwahrscheinlich sei. Der Fallabschluss war somit im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. September 2013 aufgrund der gegebenen medizinischen Lage rechters. Bestätigt wird dieser Entscheid durch den Verlaufsbericht des G.____ vom 26. September 2014, wonach die Infiltration keine Verbesserung des Zustandes gebracht habe und von chirurgischer Seite her äusserste Zurückhaltung für weitere operative Eingriffe empfohlen wurde, da weder aufgrund des SPECT-CT noch aufgrund der Elektroneurographie eine Indikation für weitere Massnahmen gegeben war (vgl. Bericht vom 26. September 2014).

6.1 Umstritten ist weiter, ob neben den Beeinträchtigungen am rechten Fuss auch die Rückenbeschwerden unfallkausal sind. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass die Rückenschmerzen durch das Schonhinken entstanden und somit mittelbar unfallbedingt seien. Er bezieht sich dabei auf den Bericht von Dr. C.____ vom 29. April 2013. Die SUVA erachtet dagegen die Beurteilungen der Kreisärzte Dr. E.____ und Dr. D.____ als massgebend.

6.2 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer erstmals am 13. November 2012 wegen Lumbalgien in der Sprechstunde von Dr. C.____ war. Sie verordnete Physiotherapie und veranlasste eine radiologische Abklärung (vgl. Bericht vom 20. November 2012). Das am 19. Dezember 2012 durchgeführte MRT der LWS zeigte auf Höhe L3/L4 und L4/L5 eine Diskopathie mit Protrusion ohne Herniation sowie einen Riss des posterioren Abschnittes des Anulus fibrosus auf Höhe L4/L5. Dieser Riss erkläre die Schmerzsymptomatik. Durch die andauernde asymmetrische Belastung komme es lumbal zu rezidivierenden Schmerzexacerbationen (Bericht von Dr. C.____ vom 28. Januar 2013). Anlässlich einer Verlaufskontrolle kam Dr. C.____ zum Schluss, dass der degenerative Prozess, welcher bei jedem Patienten genetisch

festgelegt sei, wegen der asymmetrischen Belastung der LWS infolge der Unfallbeschwerden beschleunigt werden könne. Da der Versicherte vor dem Unfallereignis bezüglich des Rückens beschwerdefrei gewesen sei, seien die seit dem Unfallereignis aufgetretenen lumbalen Schmerzen mit dem Unfallereignis zusammenhängend (vgl. Bericht von Dr. C.____ vom 29. April 2013).

Gemäss Austrittsbericht der F.____ vom 31. Mai 2013 wurden die Rückenbeschwerden als krankheitsbedingt beurteilt, ohne die Frage einer möglichen Beschleunigung des degenerativen Prozesses durch eine asymmetrische Belastung zu diskutieren. Im Vordergrund stand vielmehr die erhebliche Symptomausweitung durch die psychische Störung. Dr. E.____ vertrat am 14. Juni 2013 die Auffassung, dass die Degeneration an der LWS ein eigenständiger Krankheitsprozess sei, welcher nicht im Zusammenhang mit dem Unfall stehe. Eine Fehlbelastung verstärke den degenerativen Prozess nicht (vgl. Notiz vom 14. Juni 2013). Schliesslich befasste sich Dr. D.____ in einem Aktengutachten mit der Unfallkausalität der Rückenbeschwerden. Dabei setzte er sich mit allen Arztberichten vom ersten und zweiten Unfall und den MRT-Bildern detailliert auseinander und nahm eine umfangreiche Literaturrecherche vor. Zusammenfassend stellte er fest, dass die vom Versicherten beklagten Rückenbeschwerden keiner strukturellen Läsion der Wirbelsäule zuzuordnen seien. Das Ausmass der geklagten Schmerzen sei aus orthopädisch-chirurgischer Sicht nicht erklärbar, aber im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung und der mittelgradigen Schmerztörung. Zudem sei nicht ausgewiesen, dass ein Vorzustand durch das asymmetrische Gangbild vorübergehend oder richtungsgebend verschlimmert worden sei. Die geklagten Rückenbeschwerden seien demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt.

6.3 Allein gestützt auf die Aussagen von Dr. C.____ in ihrem Bericht vom 29. April 2013 kann nicht geschlossen werden, dass die Rückenbeschwerden des Versicherten unfallkausal sind. Zwar mag die erste Aussage, dass der degenerative Prozess, welcher genetisch festgelegt sei, durch eine asymmetrische Belastung der LWS beschleunigt werden kann, in vereinzelten Fällen zutreffen. Nach der vertieften Recherche von Dr. D.____ zu diesem Thema trifft dies im vorliegenden Fall jedoch nicht zu. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass Dr. D.____ aufgrund der Studien von Harrington die Kausalität hätte bejahen müssen, kann ihm nicht gefolgt werden. Harrington führte an, dass das Hinken schwer und dauerhaft sein müsse, um „einen Einfluss auf die Verursachung oder Verschlimmerung von degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule“ zu haben. Ein solches schweres und dauerhaftes Hinken ist nach der differenzierten Auseinandersetzung von Dr. D.____ mit allen Arztberichten nicht dokumentiert. Der zweiten Aussage von Dr. C.____, dass die Rückenbeschwerden unfallkausal seien, weil der Versicherte vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, kann so ebenfalls nicht gefolgt werden. Es fehlt an einer konkreten, fallbezogenen Begründung der Kausalitätsaussage. So wird nicht Bezug genommen auf Schwere und Dauer des Hinkens, die die Rückenbeschwerden ausgelöst haben. Auch fehlt es an einer Würdigung der vorangegangenen Berichte, insbesondere des Berichts der F.____ und der Feststellung, dass eine massgebende Symptomausweitung

vorliegt. Es sind auch keine Vergleichsbilder vorhanden, die ihre Schlussfolgerung objektiv untermauern könnten. Es liegen einzig MRT-Bilder von September 2013 vor. So stellt die strittige Aussage von Dr. C.____, dass aufgrund der vorherigen Beschwerdefreiheit des Versicherten von einer Unfallkausalität der Rückenbeschwerden auszugehen sei, lediglich eine Vermutung dar. Eine fundierte Begründung für die Annahme eines Kausalzusammenhangs fehlt hingegen. Die Auseinandersetzung von Dr. D.____ mit dem Thema ist dagegen schlüssig und nachvollziehbar. Er zeigt einleuchtend auf, dass die Rückenbeschwerden im vorliegenden Fall nicht überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit den Unfällen stehen. Darauf ist abzustellen. Anlass für weitere medizinische Abklärungen besteht nicht.

6.4 In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass weitere Untersuchungen im Kantonsspital Liestal erfolgten. Am 3. September 2014 war der Versicherte im Rahmen einer Verlaufskontrolle in der Fuss- und Sprunggelenkssprechstunde. Im Bericht vom 18. September 2014 wird erwähnt, dass Dr. med. N.____ als Wirbelsäulenspezialist auf Anfrage des Rechtsvertreters des Versicherten um Klärung der Frage gebeten wurde, ob die bestehenden Rückenbeschwerden kausal mit den Unfällen bzw. Operationen am rechten Fuss in Zusammenhang stehen könnten. Der Rechtsvertreter sei bereits telefonisch über die geringe Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs informiert worden. Dr. N.____ veranlasste nach der Sprechstunde vom 18. September 2014 eine erneute Bilduntersuchung mittels Kernspin-Diagnostik und Funktionsaufnahmen (vgl. Bericht vom 18. September 2014). Weitere Arztberichte finden sich nicht in den Akten, was vermuten lässt, dass es keine neuen relevanten Erkenntnisse aus den Zusatzuntersuchungen gegeben hat.

6.5 Nicht zuletzt ist anzumerken, dass die Ärzte der F.____ die Rückenbeschwerden zwar klar als krankheitsbedingt beurteilt haben. Bei der Zumutbarkeitsbeurteilung wurden sie aber mitberücksichtigt. Somit ist dem Beschwerdeführer unabhängig davon, ob die Rückenbeschwerden kausal sind oder nicht, aus somatischer Sicht eine ganztägige beschwerdeangepasste Tätigkeit zumutbar.

7. Der Beschwerdeführer macht schliesslich in seiner Replik vom 18. November 2014 geltend, dass nun neurologische Beeinträchtigungen festgestellt worden seien, weshalb eine neurologische Begutachtung indiziert sei. In Bezug auf die Rückenbeschwerden führte Dr. N.____ in seinem Bericht vom 18. September 2014 an, dass der Versicherte in der klinischen Untersuchung grob neurologisch unauffällig sei. In Bezug auf die Fussbeschwerden erfolgte eine neurologische Abklärung bei Dr. med. O.____, FMH Neurologie, in Liestal. Multiple Schädigungen einzelner sensibler Nervenfasern seien nachweisbar, die objektiven Befunde seien aber geringfügig. Ein relevantes Nervenentrapment mit Indikation zur operativen Dekompression liege nicht vor (vgl. Bericht vom 4. September 2014). Aufgrund dieser spezialärztlichen Feststellungen erübrigt sich derzeit eine gutachterliche Abklärung.

8. Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass der Fallabschluss per 31. August 2013 zu Recht erfolgt ist und ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und dem Unfall vom 27. September 2010 bzw. demjenigen vom 26. August 2005 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Folglich ist die SUVA lediglich für die Fussbeschwerden leistungspflichtig.

9. Nach Art. 16 ATSG hat die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu erfolgen. Dazu wird 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 104 V 136). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG, sobald von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (sog. Endzustand). Gestützt auf den kreisärztlichen Bericht vom 14. Juni 2013 war der Endzustand zu diesem Zeitpunkt erreicht. Gemäss Mitteilung vom 17. Juli 2013 erfolgte die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2013. Demgemäss ist für die Beurteilung des Rentenanspruchs der 1. September 2013 massgebend.

10. Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte, auszugehen ist (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts vom 4. April 2012, 8C_793/2011, E. 3.1 und vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Der Versicherte arbeitete vor seinem Unfall bei der B.____. Im Februar 2012 ging die Firma Konkurs (vgl. SUVA-Akte Nr. 207). Unter diesen Umständen zog die SUVA zu Recht die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) 2010 bei. Sie stellte auf die LSE 2010, Nordwestschweiz, Tabelle TA1, Total, Kategorie 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Männer (Fr. 4'936.-- bei 40 Wochenstunden) ab. Diesen Lohn passte sie der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden und der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (1% [2011], 0,8% [2012] und 0,5% [2013]) an. Folglich resultierte für das Jahr 2013 ein Lohn von Fr. 63'180.--. Die Berechnung des Validenlohnes ist nicht zu beanstanden. Soweit der Rechtsvertreter geltend

macht, dass die SUVA nicht dargelegt habe, auf welchen Wirtschaftszweig und welches Anforderungsniveau sie sich abgestützt habe, kann ihm nicht gefolgt werden. In der Verfügung vom 4. September 2013 werden die Berechnungsgrundlagen aufgezeigt. Zuzustimmen ist dem Rechtsvertreter jedoch darin, dass die in der Verfügung erwähnte „Verdienstzahl“ von Fr. 9'436.-- für Verwirrung sorgt. Aus dem Einspracheentscheid vom 29. Juni 2014 wird ersichtlich, dass es sich bei diesem Betrag nicht um das monatliche Einkommen handelt. Vielmehr sollte damit die Lohneinbusse aufgezeigt werden, wobei diese korrekterweise Fr. 7'172.-- beträgt und nicht Fr. 9'436.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sprach die SUVA auf diese Unstimmigkeiten in seiner Replik vom 18. November 2014 an. Der Duplik vom 3. Dezember 2012 lässt sich allerdings keine klärende Antwort zu dieser Frage entnehmen.

11.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Vorliegend geht der Versicherte keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Im Einkommensvergleich ist deshalb von einem hypothetischen Invalideneinkommen auszugehen. Um dieses zu ermitteln, können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss LSE oder die sogenannten Zahlen der DAP (Dokumentation von Arbeitsplätzen) herangezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412).

11.2 Im Entscheid BGE 129 V 472 ff. befasste sich das Bundesgericht ausführlich mit der Invaliditätsbemessung aufgrund von Arbeitsplatzbeschreibungen aus der von der SUVA geschaffenen DAP und stellte fest, dass die für die Invaliditätsbemessung herangezogenen DAP-Profile im konkreten Einzelfall repräsentativ sein müssen. Es genügt daher nicht, wenn lediglich ein einziger oder einige wenige zumutbare Arbeitsplätze angegeben werden, weil es sich dabei sowohl hinsichtlich der Tätigkeit als auch des bezahlten Lohnes um Sonder- oder Ausnahmefälle handeln kann. Vielmehr muss der Unfallversicherer mindestens fünf DAP-Blätter auflegen, damit die Repräsentativität der DAP-Profile als gegeben betrachtet werden kann. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung der versicherten Person in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Dadurch wird eine hinreichende Überprüfung des dem Unfallversicherer bei der Auswahl der DAP-Blätter zustehenden Ermessens ermöglicht. Sind die erwähnten verfahrensmässigen Anforderungen nicht erfüllt, kann nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden (vgl. zitiertes Urteil, E. 4.2.2; vgl. auch BGE 139 V 595 f. E. 6.3).

11.3 Vorliegend ermittelte die SUVA das Invalideneinkommen aufgrund der DAP und legte hierzu insgesamt fünf DAP-Blätter für 2013 auf. Gestützt auf die darin enthaltenen Lohnangaben bezifferte sie das massgebende Jahreseinkommen mit Fr. 56'008.--. Darüber hinaus machte sie Angaben über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung des Versicherten in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze (insgesamt 39 DAP), über den dabei

erzielbaren Höchstlohn (Fr. 60'002.--), über den Tiefstlohn (Fr. 52'014.--) sowie über den Durchschnittslohn der dem verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe (Fr. 56'008.--). Die Ermittlung des Invalideneinkommens ist nicht zu beanstanden und wird auch seitens des Beschwerdeführers nicht bestritten.

12. Stellt man im Einkommensvergleich dieses Invalideneinkommen von Fr. 56'008.-- dem Valideneinkommen von Fr. 63'180.-- gegenüber (vgl. Erwägung 6.3), so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 7'172.--, was einen Invaliditätsgrad von 11,35 % bzw. gerundet (vgl. zur Rundungspraxis BGE 130 V 121 ff.) von 11 % ergibt. Als Ergebnis ist demnach festzuhalten, dass der Versicherte ab 1. September 2013 Anspruch auf eine auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 11 % basierende Invalidenrente der SUVA hat. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

13. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'686.-- (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Der Beschwerdeführer wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'686.-- (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.



**Kantonsgericht
Basel-Landschaft**
Abteilung Sozialversicherungsrecht

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>