Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
U 522/06

Urteil vom 12. Oktober 2007
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichterinnen Widmer, Leuzinger,
Gerichtsschreiber Jancar.

Parteien
M._____, 1949,
Beschwerdeführer,
vertreten durch das Patronato INCA,
Luisenstrasse 29, 8005 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 18. September 2006.

Sachverhalt:
A.
Der 1949 geborene M._____ arbeitete seit 1. Oktober 1977 als Polier bei der Firma X._____ AG und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert. Am 3. Mai 1996 zog er sich bei einem Sturz eine Calcaneusfraktur rechts zu, weswegen am 9. Mai 1996 eine Osteosynthese durchgeführt wurde. Am 7. November 1996 wurde operativ eine chronische Peronäalsehnenluxation rechts korrigiert. Am 13. März 1997 erfolgte eine operative Materialentfernung am Calcaneus und an der distalen Fibula. Mit Verfügung vom 14. August 1998 sprach die SUVA dem Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 3. Mai 1996 ab 1. Oktober 1998 eine Invalidenrente bei einer Erwerbseinbusse von 40 % und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 5 % zu. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Entscheid vom 3. März 1999 ab; in diesem Rahmen stellte sie fest, dass die Rückenbeschwerden unfallfremd seien. Mit Schreiben vom 28. November 2001 sah die SUVA von einer Rentenänderung ab. Mit Schreiben vom 17. Oktober 2003 gewährte sie dem Versicherten zwei Physiotherapie-Serien pro Jahr zur Erhaltung des Gesundheitszustandes. Zu weiterer Abklärung der Verhältnisse zog sie unter anderem Berichte der Klinik Z._____ vom 2. Oktober 2003, des Dr. med. G._____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 2. Dezember 2003 sowie 13. Januar und 26. April 2004 bei. Zudem liess sie den Versicherten durch den Kreisarzt Dr. med. B._____, Facharzt für Chirurgie FMH, untersuchen (Bericht vom 30. Juni 2004). Mit Verfügung vom 9. Juli 2004 stellte die SUVA eine Zunahme der Integritätseinbusse um 5 % fest; eine Rentenerhöhung lehnte sie ab. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 30. Juni 2005 ab.
B.
Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 18. September 2006 ab.

C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt der Versicherte die Aufhebung des kantonalen Entscheides und die Zusprechung einer höheren Invalidenrente von 50 % ab 1. Januar 2004; es sei eine spezialärztliche Untersuchung anzuordnen mit dem Ziel, die effektive unfallbedingte Invalidität festzusetzen. Er legt ein Überweisungsschreiben des Dr. med. G._____ an Prof. Dr. med. A._____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, Zentrum X._____, vom 27. Oktober 2006 auf.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Mit Eingabe vom 10. Juli 2007 liess der neu durch den Patronato INCA vertretene Versicherte diverse Arztberichte einreichen.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:
1.
Am 1. Januar 2007 ist das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Mit diesem Gesetz ist die bisherige organisatorische Selbstständigkeit des Eidgenössischen Versicherungsgerichts aufgehoben und dieses mit dem Bundesgericht fusioniert worden (Seiler in: Seiler/von Werdt/Güngerich, Kommentar zum BGG, Art. 1 N 4 und Art. 132 N 15). Das vorliegende Urteil wird daher durch das Bundesgericht gefällt. Weil der angefochtene Entscheid jedoch vor dem 1. Januar 2007 ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach dem bis zum 31. Dezember 2006 in Kraft gewesenen Bundesgesetz vom 16. Dezember 1943 über die Organisation der Bundesrechtspflege (OG; Art. 131 Abs. 1 und 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 395 E. 1.2).
2.
Streitig und zu prüfen ist, ob die dem Versicherten mit Einspracheentscheid vom 3. März 1999 auf Grund einer Erwerbsunfähigkeit von 40 % zugesprochene Invalidenrente ab 1. Januar 2004 auf 50 % zu erhöhen ist.

Das kantonale Gericht hat die Bestimmung und die Grundsätze über die Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 ff. und 71 E. 3.2.3 S. 75 f., SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2, I 574/02, RKUV 1989 Nr. U 65 S. 70 E. 1c, je mit Hinweisen) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, SVR 2006 IV Nr. 27 S. 92 E. 3.2.4, I 3/05, je mit Hinweisen; noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil I 211/05 vom 23. Juli 2007, E. 11.1.3). Darauf wird verwiesen.
3.
3.1 Mit Eingabe vom 10. Juli 2007 reichte der Beschwerdeführer Berichte des Dr. med. G._____ vom 9. Juli 2007, der Klinik Z._____ vom 10. April 2007 (betreffend MRI Brustwirbelsäule [BWS], und Lendenwirbelsäule [LWS]sowie MR oberes Sprunggelenk [OSG]rechts und Iliosakralgelenk [ISG]gleichen Datums), des Prof. Dr. med. A._____ vom 27. Februar 2007 (betreffend Untersuchung vom 11. Dezember 2006), des Zentrums X._____, vom 28. November und 29. Oktober 2006 (betreffend Untersuchungen vom 23. November und 26. Oktober 2006) und des Medizinisch Radiodiagnostischen Instituts, MRI an der Klinik E._____ vom 21. November 2006 (betreffend MRI Schädel und Halswirbelsäule [HWS]gleichen Datums) ein.
3.2 Die Eingabe des Versicherten vom 10. Juli 2007 erfolgte nach Ablauf der Rechtsmittelfrist und nicht im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels (Art. 110 Abs. 4 OG), der hier nicht angeordnet worden war (vgl. BGE 127 V 353 E. 4a S. 357 mit Hinweisen). Sie und die damit aufgelegten Arztberichte können somit nur berücksichtigt werden, wenn sie neue erhebliche Tatsachen oder entscheidende Beweismittel im Sinne von Art. 137 lit. b OG darstellen und als solche eine Revision des Gerichtsurteils rechtfertigen könnten (BGE 127 V 353 E. 4b S. 357; Urteil des Bundesgerichts U 336/06 vom 30. Juli 2007, E. 3).
4.
4.1 Im Rahmen des unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheides vom 3. März 1999 ging die SUVA gestützt auf die Untersuchung der Kreisarztes Dr. med. Lüthold vom 7. Juli 1998 davon aus, in Berücksichtigung der Unfallresiduen am rechten Bein seien dem Versicherten ohne nennenswerte Einschränkung ganztägige sitzende und leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit überwiegender Sitzphase zumutbar. Sitzend wären alle manuellen Tätigkeiten voll zumutbar. Dagegen sei die aktuelle Tätigkeit als Bauarbeiter nur mit Einschränkungen im vorgenannten Sinn möglich, indem stark sprunggelenksbelastende Tätigkeiten nicht ge-

leistet werden könnten. Nach wie vor ungünstig seien häufige Tätigkeiten auf unebener Unterlage, häufiges Leiternsteigen, häufiges Anheben von grösseren Gewichten. Bei ganztags stehend-gehender Tätigkeit seien Erholungspausen angezeigt (stündlich ca. 10 Minunten). Unfallfremd sei das chronische Lumbovertebralsyndom bei Fehlstatik der Wirbelsäule lumbosakral.
4.2
4.2.1 Der Kreisarzt Dr. med. T._____, FMH für Chirurgie, führte im Bericht vom 22. November 2001 unter anderem aus, der Versicherte arbeite weiterhin zu 50 % auf dem Bau. Sein Gang zum Untersuchungszimmer in Stabilschuhen nach dem Sitzen erfolge zunächst mit leichtem Schonhinken, das sich nach wenigen Schritten verliere. Auch im Barfussgang bestehe ein höchstens noch angedeutetes Hinken rechts. Das Becken sei absolut horizontal ohne messbare Beinlängendifferenz. Es bestehe eine mässige Beckenkippung nach ventral mit entsprechend etwas verstärkter Lumballordose. Das untere Sprunggelenk sei rechts gegenüber links in der Beweglichkeit um zirka 30 % eingeschränkt; die Umwälzbewegungen im Vorfuss seien beidseits frei. Auf die Untersuchung der Wirbelsäule werde verzichtet. Angesichts des klinischen Bildes mit weitgehend hinkfreiem Gang, nur mässigem Lokalschmerz im unteren Sprunggelenk (USG) und vorwiegend muskulären Schmerzen sei seines Erachtens die Indikation für eine USG-Arthrodese nicht gegeben. Die überwiegend extraartikulär lokalisierten Schmerzen könnten dadurch nur fraglich nennenswert beeinflusst werden. Allerdings stünden ihm die neuesten MRI-Abklärungen, die vor zirka einem Monat durchgeführt worden seien, nicht zur
Verfügung. Das Zumutbarkeitsprofil habe sich, zumindest hinsichtlich der Fussbeschwerden, nicht verändert. Die unfallunabhängigen Rückenschmerzen würden vom Versicherten sogar eher bagatellisiert. Therapeutisch seien nebst der Schuhversorgung symptomatisch analgetische Massnahmen weiterhin indiziert. Sofern sich aus den bildgebenden Kontroll-Untersuchungen keine zusätzlichen Gesichtpunkte ergäben, könne der Fall auf dem bisherigen Niveau weitergeführt werden.
4.2.2 Die Klinik Z._____ gab auf Grund eines MRI des rechten Rückfusses im Bericht vom 2. Oktober 2003 folgende Beurteilung ab: Bei Status nach Calcaneusfraktur alte postoperative Veränderungen mit Bohrlochdefekt im Calcaneus und Metallabriebe-Artefakte; keine substanzielle talokalkaneare Arthrose; kleine osteophytäre Ausziehung im Calcaneocuboidal-Gelenk; alte postoperative Veränderungen an der distalen Fibula bei wahrscheinlichem Status nach Bandplastik; OSG nicht pathologisch. Gestützt auf ein MRI der LWS erstattete die Klinik Z._____ in einem weiteren Bericht vom 2. Oktober 2003 folgende Beurteilung: Leichte degenerative LWS-Veränderungen mit diffusen Diskusprotrusionen und Facettengelenksarthrosen; keine Kompression neuraler Strukturen, keine zentralen oder foraminalen Stenosen mit Beeinträchtigung der Nerven.
4.2.3 Dr. med. G._____ stellte im Bericht vom 2. Dezember 2003 folgende Diagnose: Status nach Calcaneus-Fraktur rechts; zunehmende lumbovertebrale Schmerzsymptomatik bei muskulärer Dysbalance wegen Beinlängendifferenz zu Ungunsten rechts; Asthma bronchiale. Es bestünden massive Schmerzen und Fehlhaltung, muskulärer Hartspann lumbal sowie eine Beinlängenverkürzung rechts. Auf Grund der Exazerbation der lumbalen Beschwerden sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Bauführer/Polier nicht mehr zumutbar. Er sehe hier eine Restarbeitsfähigkeit von höchstens 25 % als gegeben. Da ebenfalls die Asthmabeschwerden zugenommen hätten, würden auch diese 25 % in näherer Zukunft nur knapp realisierbar sein, bzw. es sei mit einer sukzessiven Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Im Zwischenbericht vom 13. Januar 2004 verwies Dr. med. G._____ im Wesentlichen auf seinen Bericht vom 2. Dezember 2003. Im Schreiben vom 26. April 2004 gab er an, er glaube, dass der unfallbedingte Anteil der Beschwerden zugenommen habe, weshalb eine kreisärztliche Untersuchung angezeigt sei.

Im Überweisungsschreiben an Prof. Dr. med. A._____ vom 27. Oktober 2006 legte Dr. med. G._____ dar, nach seinem Dafürhalten seien die Muskelverspannungen bzw. das thorakolumbovertebrale Syndrom rechtsseitig durch die Beinverkürzung und die Fehlhaltung, welche durch die Minderbelastung des rechten Fusses erfolge, bedingt. Die SUVA sehe dies anders.
4.2.4 Der Kreisarzt Dr. med. B._____ führte im Bericht vom 30. Juni 2004 unter anderem aus, im Korridor zeige der Versicherte leichtes rechtsseitiges Hinken und in zugerichteten Künzli-Schuhen einen leicht veränderten Bewegungsablauf im rechten OSG mit minimaler Innenrotation und Schwingen des Unterschenkels mit leicht nach aussen gerichteter Drehbewegung. Er bringe die Arbeitsschuhe mit und zeige die Strassenschuhe, die beide rechtsseitig vermehrt abgelaufen seien. Es zeige sich normales Gehen ohne Schuhe, leichte Schwingbewegung des rechten Beines, der Bewegungsablauf im OSG sei vorsichtig und bei Innenrotation des Vorfusses leicht verändert; es bestehe eine verbreitete Rückfusskontur in Valgusstellung. Der Fersengang sei

kleinschrittig, unsicher, der Zehengang angedeutet, versuchsweise. Der Einbeinstand sei unsicher rechts; das Knien einseitig und beidseitig sowie das Absitzen auf den Fersen seien problemlos. Das Becken sei waagrecht. Die Beinachsen seien leicht varisch, bei geschlossenem Malleolen 4 cm Abstand zwischen den Femurcondylen. Es bestehe eine kräftige Ober- und Unterschenkelmuskulatur sowie eine leichte Unterschenkelmuskelatrophie. Die Hüft-, Knie- und Zehenbeweglichkeit sei unauffällig. Kursorischer
Wirbelsäulenstatus: Wirbelsäule im Lot, kräftige paravertebrale Muskulatur; Wirbelsäule im mittleren Bereich leicht klopfdolent; paravertebrale Muskulatur rechtsseitig thoracal bis lumbal leicht verspannt, hyperton und minimal druckdolent; linksseitig o. B.. Im Rahmen der Zusammenfassung und Beurteilung legte Dr. med. B._____ dar, die heutige Untersuchung ergebe am rechten Sprunggelenk röntgenologisch erstaunliche gelenkerhaltene Befunde und wenige degenerative Veränderungen. Im MRI seien wenig arthrotische und degenerative Veränderungen nachgewiesen. Klinisch liege ein veränderter Bewegungsablauf und erhebliche Belastungsintoleranz mit leichter Bewegungseinschränkung vor. Mit korrigierenden angepassten Schuhen bestehe praktisch ein normales Gangbild bei vermehrt lateral betonter Abrollbewegung. Das unfallfremde thorakolumbovertebrale Syndrom sei diskret mit Muskelverspannungen rechtsseitig ohne radikuläre Symptome. Es bestehe seit 7. Juli 1998 ein Zumutbarkeitsprofil, das sämtliche unfallbedingten Behinderungen im OSG-Bereich berücksichtige und an welchem keine Korrekturen angebracht werden müssten. Die Einschränkungen seien gleich geblieben. Das thorakolumbovertebrale Syndrom habe auf Grund der heutigen Untersuchung eine
minimale einschränkende zusätzliche Arbeitsunfähigkeit zur Folge, was im Rahmen der Unfallfolgen nicht abschliessend beurteilt werde. Als Restfolgen am rechten OSG stellte Dr. med. B._____ eine erhebliche Belastungsintoleranz, eine leichte Bewegungseinschränkung, minimal posttraumatische degenerative Veränderungen im Bereich OSG/USG und Calcaneus fest. Es bestehe ein veränderter Bewegungablauf beim Gehen begründet auf der Valgus-Rückfussfehlstellung. Dieser Befund habe sich gegenüber der Einschätzung vom 7. Juli 1998 verändert. Als Schlussfolgerung gab Dr. med. B._____ eine leichte Zunahme der Restfolgen nach Calcaneusfraktur und chronischer Peronäalsehnenluxation, operativ behandelt, an. Es bestehe keine Änderung des Zumutbarkeitsprofils.
4.2.5 Prof. Dr. med. A._____ stellte im Bericht vom 27. Juli 2007 folgende Diagnosen: 1. progredientes chronisch thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom rechts bei/mit: Beckentiefstand rechts von 10 mm; Reduktion der BWS-Funktion und der costovertebralen Gelenksbeweglichkeit unklarer Genese; mögliche morphometrische Fraktur Typ 1 von BWK 9 (Reduktion der anterioren WK Höhe um 20 %). 2. Status nach Osteosynthese einer traumatischen Calcaneusfraktur rechts 1996 mit/bei: operativer Korrektur einer chronischen Peronäalsehnenluxation rechts 1997; aktuell posttraumatischer Varus-Rückfussstellung rechts mehr als links; klinischen Hinweisen für das Vorliegen einer deutlichen Arthrose am USG rechts sowie weniger betont OSG-Arthrose rechts. 3. Wenig symptomatische Coxarthrose links (Kellgren/Lawrence-Stadium II bis III). Weiter führte Prof. Dr. med. A._____ unter anderem aus, die Beurteilung des Zusammenhangs des thorakovertebralen Schmerzsyndroms rechtsbetont mit dem Beckentiefstand einerseits sowie postraumatischen USG- und OSG-Veränderungen rechts sei schwierig. Einerseits bestünden genügend radiologische Veränderungen im Bereich BWS, HWS und LWS, mit denen die immer wieder auftretenden Rückenschmerzen hinreichend ohne Heranziehung
anderer Ursachen erklärt werden könnten. Eine eindeutige rheumatologisch nosologische Zuteilung dieser radiologischen Veränderungen sei allerdings schwierig, da im Sinne einer Differentialdiagnose ein Morbus Scheuermann, eine nicht diagnostizierte BWK 9 Fraktur als Folge des Sturzes von 1996 und sogar eine entzündliche Spondarthropathie mit möglicher abgelaufener Sacroilitis rechts ursächlich in Frage kämen. Daneben bestehe der Verdacht auf eine Osteoporose, was bis jetzt nicht gesichert sei und geklärt werden müsste. Die klinischen und radiologischen Hinweise, die an eine entzündliche Spondarthropathie mit eventuell sogar Beteiligung des rechten ISG und des linken Hüftgelenks denken liessen, seien nicht eindeutig. Anderseits zeige der Versicherte ganz klar klinisch progrediente posttraumatische Veränderungen im Bereich des rechten Fusses mit Bestehen einer deutlichen USG-Arthrose und einer möglichweise beginnenden OSG-Arthrose rechts verbunden mit einer Varusfehlstellung des Rückfusses rechts. Gerade diesbezüglich bestehe seines Erachtens eine deutliche Progredienz im Vergleich zur Befundung des Dr. med. B._____ vom 30. Juni 2004. Obwohl diese Veränderungen den Versicherten nicht massiv störten, komme es doch zu einem leichten
Hinkgang rechts, der ein bereits bestehendes thorakovertebrales Schmerzsyndrom erheblich beeinflussen könne und sicher einen signifikanten zusätzlichen Faktor für die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule darstelle. Er beurteile es als überwiegend wahrscheinlich, dass diese progredienten posttraumatischen degenerativen

Veränderungen im Bereich des rechten USG in Kombination mit denen des OSG mit Hinkgang zu einer Beeinträchtigung von Rückenschmerzen führten. Schwieriger sei die Einschätzung des Grades der Beeinträchtigung bei den zusätzlichen radiologischen und klinischen Wirbelsäulen-Veränderungen. Wolle man in dieser Situation weiterkommen, müsste sicherlich erneut eine MRI des rechten OSG und USG durchgeführt und mit den Voraufnahmen von 2003 verglichen werden, um die klinisch postulierten signifikanten und progredienten Veränderungen zu dokumentieren. Gleichzeitig müsse versucht werden, die Vermutungsdiagnosen der entzündlichen Rückenschmerzen, des Morbus Scheuermann und der Fraktur von BWK 9 durch zusätzliche Untersuchungen der BWS, HWS und des ISG mit speziellen MRI STIR Sequenzen im Vergleich zu den LWS-Voraufnahmen von 2003 zu erhärten bzw. zu verwerfen, was möglich sein sollte. Falls diese Untersuchungen zeigten, dass die progredienten posttraumatischen Veränderungen im rechten Fuss radiologisch dokumentiert werden könnten, und entzündliche Wirbelsäulen- und ISG-Veränderungen eher unwahrscheinlich seien, und es sich tatsächlich um eine Fraktur von BWK 9 und nicht um Veränderungen im Rahmen des Morbus Scheuermann handle, würde er den Versicherten noch einmal bei der SUVA zur Rentenrevision vorstellen.
5.
5.1 Unfallbedingte Fehlbelastungen bei Hinken oder Beinlängenverkürzung können später im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Rückenbeschwerden führen (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 E. 5.2.2, U 38/01; Urteile des Bundesgerichts U 246/06 vom 5. Januar 2007, E. 4.3, sowie des Eidg. Versicherungsgerichts U 415/05 vom 26. April 2006, E. 3.2, U 330/04 vom 11. Februar 2005, E. 3.1, und U 260/99 vom 7. April 2000, E. 2a und b, je mit Hinweisen).
5.2 Im Rahmen des unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Entscheides vom 3. März 1999 stellte die SUVA fest, die Rückenbeschwerden des Versicherten seien unfallfremd. Sie stützte sich hiebei auf die Abschlussuntersuchung des Kreisarztes Dr. med. T._____, FMH für Chirurgie, vom 7. Juli 1998 (E. 4.1 hievor). Hieraus kann nichts zu Ungunsten des Versicherten abgeleitet werden. Denn es ist nicht auszuschliessen, dass allfällige unfallbedingte Fehlbelastungen erst danach zu einer Verstärkung der Rückenbeschwerden führten, zumal Dr. med. T._____ im Bericht vom 21. November 2001 ein leichtes Hinken festgestellt hatte (E. 4.2.1 hievor).

Dass an der Wirbelsäule des Versicherten röntgenologisch degenerative Veränderungen bestehen, ist insofern ohne Belang, als es kausalrechtlich genügt, wenn der Unfall eine Teilursache der Rückenbeschwerden darstellt (BGE 121 V 326 E. 2a S. 329 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 380/00 vom 25. November 2002, E. 3.3).
5.3
5.3.1 Dr. med. G._____ vertrat die Auffassung, die zunehmenden Rückenbeschwerden des Versicherten seien durch die Beinverkürzung und die Fehlhaltung, welche durch die Minderbelastung des rechten Fusses erfolge, bedingt (E. 4.2.3 hievor). Demgegenüber erachtete Kreisarzt Dr. med. B._____ im Bericht vom 30. Juni 2004 die Rückenbeschwerden als unfallfremd (E. 4.2.4 hievor).

Entgegen der vorinstanzlichen Auffassung sind keine Gründe ersichtlich, der Einschätzung des Dr. med. B._____ einen höheren Beweiswert zuzumessen. Denn auch dieser ging von einem leichten rechtsseitigen Hinken und in zugerichteten Künzli-Schuhen von einem leicht veränderten Bewegungsablauf im rechten OSG mit minimaler Innenrotation und Schwingen des Unterschenkels mit leicht nach aussen gerichteter Drehbewegung aus. Weiter sprach er von einer erheblichen Belastungsintoleranz im rechten OSG und begründete den veränderten Bewegungablauf mit der Valgus-Rückfussfehlstellung. Zudem stellte er fest, dass die Arbeits- und die Strassenschuhe des Versicherten rechtsseitig vermehrt abgelaufen seien. Zur Frage, ob diese Problematik einen kausalen Einfluss auf die Rückenbeschwerden hat, nahm er in keiner Weise Stellung. Vielmehr sprach er ohne nähere Begründung vom unfallfremden thorakolumbovertebralen Syndrom.

Widersprüchlich sind weiter die Angaben zur Beinlängendifferenz. Der Kreisarzt Dr. med. T._____ äusserte sich zu dieser Frage im Bericht vom 7. Juli 1998 nicht; im Bericht vom 22. November 2001 verneinte er eine messbare Beinlängendifferenz. Demgegenüber bejahte Dr. med. G._____ eine solche in den Berichten vom 2. Dezember 2003 und 27. Oktober 2006. Der Kreisarzt Dr. med. B._____ gab im Bericht vom 30. Juni 2004 lediglich an, das Becken sei waagrecht; zur Frage der Beinverkürzung bezog er keine Position.

Nach dem Gesagten erlauben diese ärztlichen Unterlagen nicht, über die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen der Rückenproblematik und den Fussbeschwerden ohne zusätzliche medizinische Abklärungen zu befinden.
5.3.2 Zu keinem anderen Ergebnis führt auch der Bericht des Prof. Dr. med. A._____ vom 27. Februar 2007, der nur im Rahmen von Art. 137 lit. b OG berücksichtigt werden kann (E. 3 hievor). Zwar stellte er einen Beckentiefstand rechts von 10 mm fest und ging davon aus, dass die progredienten posttraumatischen degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten USG in Kombination mit denen des OSG mit Hinkgang überwiegend wahrscheinlich "zu einer Beeinträchtigung von Rückenschmerzen" führten. Zudem gab er an, in Frage komme auch eine bisher nicht diagnostizierte BWK 9-Fraktur als Folge des Unfalls vom 3. Mai 1996. Gleichzeitig legte er aber auch dar, es bestünden genügend radiologische Veränderungen im Bereich BWS, HWS und LWS, mit denen die immer wieder auftretenden Rückenschmerzen hinreichend ohne Heranziehung anderer Ursachen erklärt werden könnten. Weiter erachtete er zusätzliche Abklärungen, auch zum Ausmass der Beeinträchtigung, als angezeigt (vgl. E. 4.2.5 hievor). Dieser Bericht erlaubt es mithin nicht, ohne weitere medizinische Untersuchungen eine Rentenerhöhung zu bejahen, weshalb er nicht geeignet ist, eine Revision des Gerichtsurteils zu rechtfertigen. Gleiches gilt für die übrigen vom Versicherten am 10. Juli 2007 eingereichten ärztlichen Berichte.
5.3.3 Nach dem Gesagten ist die Sache an die SUVA zurückzuweisen, damit sie eine orthopädische und rheumatologische Begutachtung zur Klärung der Unfallkausalität der Rückenbeschwerden sowie der dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeit anordne und hernach über den Leistungsanspruch neu verfüge (vgl. auch erwähntes Urteil U 246/06, E. 4.3).
6.
Das Verfahren ist kostenfrei (Art. 134 OG in der bis Ende 2006 gültig gewesenen Fassung; vgl. E. 1 hievor). Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde hat der Versicherte selbst verfasst. Nach der Rechtsprechung hat die in eigener Sache prozessierende Partei nur in Ausnahmefällen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Voraussetzungen, die gemäss BGE 110 V 132 E. 4d S. 134 kumulativ gegeben sein müssen, damit eine solche Ausnahmesituation anzunehmen ist (komplexe Sache mit hohem Streitwert, hoher Arbeitsaufwand, vernünftiges Verhältnis zwischen dem betriebenen Aufwand und dem Ergebnis der Interessenwahrung), sind letztinstanzlich im Falle des obsiegenden Beschwerdeführers (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235) nicht erfüllt.

Soweit er sich bezüglich der Eingabe vom 10. Juli 2007 durch den Patronato INCA vertreten liess, steht ihm nach Massgabe der zu Art. 159 Abs. 1 und 2 OG ergangenen Rechtsprechung (BGE 122 V 278; Urteil des Bundesgerichs I 652/06 vom 5. Juli 2007, E. 11) eine Parteientschädigung zu.

Demnach erkennt das Bundesgericht:
1.
In teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde werden der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 18. September 2006 und der Einspracheentscheid vom 30. Juni 2005 aufgehoben, und es wird die Sache an die SUVA zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfüge.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für das letztinstanzliche Verfahren eine Parteientschädigung von Fr. 200.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wird über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben.
5.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 12. Oktober 2007
Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Der Gerichtsschreiber: