

# **BGer 8C 123/2018 vom 18. September 2018**

Bundesgericht, 2018-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_123\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_123_2018)

FR: TF 8C 123/2018 du 18 septembre 2018

IT: TF 8C 123/2018 del 18 settembre 2018

## **Regeste**

Unfallversicherung (Kausalzusammenhang) | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen oder es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Das Bundesgericht prüft indessen, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ), nur die geltend gemachten Vorbringen, falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind ( BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

### **E. 2**

Streitig ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzte, indem sie die Beschwerdeführerin verpflichtete, über den 31. Mai 2016 hinaus Leistungen für das Unfallereignis vom 29. Dezember 2001 auszurichten. Im Zentrum steht die Frage, ob die Vorinstanz den dafür erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. Dezember 2001 und den heute noch geklagten Beschwerden im linken Unterschenkel/OSG in bundesrechtskonformer Weise bejaht hat. Die Unfälle vom 19. März 2010 und vom 9. November 2012 sind dagegen nicht zu prüfen.

### **E. 3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

#### **E. 3.1.1**

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 beziehungsweise 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ( BGE 142 V 435 E. 1 S. 438; 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

### **E. 3.1.2**

Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ist eine Tatfrage und muss daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden ( BGE 119 V 335 E. 1 S. 338). Dasselbe gilt für den vom Unfallversicherer zu beweisenden Wegfall des Kausalzusammenhangs (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine vel ante die Unfallversicherung (Urteile 8C\_263/2016 vom 24. August 2016 E. 4.2; U 355/98 vom 9. September 1999 E. 2, in: RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess 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 erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen ( BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E. 3b S. 264).

### **E. 3.2**

Als adäquate Ursache eines Erfolgs gilt ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann, wenn es 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint ( BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181; 125 V 461 E. 52 S. 461 f.). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt ( BGE 138 V 248 E. 4 S. 250). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden. Zudem sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen ( BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.; 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, die für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden ( BGE 115 V 133 E.

6c/aa S. 140), anzuwenden ( BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; vgl. zum Ganzen auch: BGE 138 V 248 E. 4 S. 250; Urteil 8C\_771/2017 vom 3. Mai 2018 E. 2).

#### **E. 4**

Im Licht der eben erwähnten Grundsätze gilt es zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz das Vorliegen von objektivierbaren organischen Unfallfolgen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2016 zu Recht bejahte.

##### **E. 4.1.1**

Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge - als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung - wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteil 8C\_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind ( BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251 mit Hinweisen; Urteil 8C\_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 3.2.2). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

##### **E. 4.1.2**

Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen (zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1623). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile 8C\_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C\_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss

nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteile 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.1; 8C\_177/2016 vom 22. Juni 2016 E. 4.3). Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteile 8C\_411/2017 vom 17. Juli 2018 E. 3.3.1; 8C\_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5; 8C\_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69).

#### **E. 4.2.1**

Gestützt auf die medizinischen Akten hielt die Vorinstanz im Wesentlichen fest, es lägen keine echtzeitlichen Befunde vor, die den Schluss nahelegten, dass der Beschwerdegegner innert der von der Rechtsprechung geforderten Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall unter CRPS-typischen Symptomen gelitten hätte. Immerhin gelte es zu beachten, dass die Fraktur noch am Unfalltag mit einem Ganzbeingips versorgt worden und eine weitere Befunderhebung erst nach der Rückkehr in die Schweiz bei Abnahme des Gipsverbands im April 2002, also rund 15 Wochen später erfolgt sei. Damals habe der Operateur, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, eine massive Schwellung und Schmerzen am Unterschenkel dokumentiert, und gemäss PD Dr. med. J.\_\_\_\_\_ würden sowohl das Unfallereignis vom 29. Dezember 2001 als auch die Operation vom 16. April 2002 formal als potenziell auslösende Ereignisse qualifizieren. Vorliegend könne ein CRPS somit nicht allein mangels früh- und echtzeitiger Befunderhebung verneint werden. In der Folge sei der Versicherte seit dem Unfall nie beschwerdefrei gewesen, vielmehr habe er stets - auch nach den späteren Verletzungen in den Jahren 2010 und 2012 - über Schmerzen im linken Unterschenkel/OSG geklagt. Neben den persistierenden Schmerzen seien seit dem Unfall relevante Einschränkungen der Beweglichkeit dokumentiert. Ebenso habe der Versicherte stets das Vorhandensein von Schwellungen betont, was ärztlicherseits aber nicht immer bestätigt werden können. Die Diagnose eines CRPS sei erstmals von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ im Jahr 2015 gestellt worden. PD Dr. med. J.\_\_\_\_\_ habe diese Verdachtsdiagnose im Rahmen eines Konsiliums 2015 bestätigt und ein unfallkausales CRPS I in partieller Remission für überwiegend wahrscheinlich erachtet. Gemäss dem Untersuchungsbericht des SPZ vom 18. November 2015 seien die Diagnosekriterien eines CRPS jedoch nicht erfüllt gewesen. Auch im MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2016 habe der Orthopäde ausgeführt, dass das auswärts diagnostizierte CRPS anlässlich der gutachterlichen Untersuchung orthopädisch weder klinisch noch radiologisch nachgewiesen werden könne.

#### **E. 4.2.2**

Aus den medizinischen Berichten schloss das kantonale Gericht, dass der Beschwerdegegner infolge des Unfalls oder der darauf folgenden Operation ein CRPS erlitten habe. Weder die Tatsache, dass aus der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen keine ärztlichen Befunde vorlägen, noch dass lange Zeit kein CRPS diagnostiziert worden sei, sprächen im vorliegenden Fall zwingend dagegen. Allerdings greife es vorliegend zu kurz, die Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden im linken Unterschenkel/OSG auf das Vorliegen eines CRPS I zu beschränken (und damit von einem zweifelsfreien Vorliegen eines CRPS abhängig zu machen). Beim Versicherten liege in Bezug auf die Fussproblematik links ein Gemenge mit nicht genau zuzuordnenden Beschwerden vor. Die

Uneinheitlichkeit der Diagnosestellungen ändere nichts daran, dass sämtliche ärztlichen Fachpersonen, die den Versicherten persönlich klinisch untersucht hätten, ausdrücklich oder konkludent von einer Unfallkausalität der Fussbeschwerden links ausgegangen seien. Zudem könnten aggravatorische Tendenzen des Versicherten ausgeschlossen werden, und namentlich sei die messbare Beweglichkeitseinschränkung immer bestätigt worden. Daher vermöchten die durch die verschiedenen Fachpersonen über die Zeit hinweg klinisch bestätigten Symptome das Fehlen einer apparativ objektivierten Befunderhebung aufzuwiegen. Auch ohne apparativ bestätigtes Substrat sei es vorliegend überwiegend wahrscheinlich, dass die anamnestisch schlüssigen und klinisch bestätigten persistierenden Fussbeschwerden links auf das Unfallereignis vom 29. Dezember 2001 zurückzuführen und aufgrund der relevanten gemessenen und mehrfach bestätigten Bewegungseinschränkungen genügend objektiviert seien. Mithin sei die Unfallkausalität zu bejahen.

#### **E. 4.3.1**

Vorab fällt auf, dass die Vorinstanz ein CRPS (mithin eine organische Ursache der Beschwerden) zunächst bejaht, diese Feststellung jedoch sogleich relativiert, indem sie nicht genau zuzuordnende Beschwerden erwähnt, und schliesslich von einem Fehlen eines organisch nachgewiesenen Substrats ausgeht. Eine eindeutige Sachverhaltsfeststellung zu den (allfälligen) organisch ausgewiesenen Unfallfolgen lässt sich dem angefochtenen Entscheid somit nicht entnehmen.

#### **E. 4.3.2**

Bezüglich des CRPS ist dem kantonalen Gericht darin zuzustimmen, dass innert der praxismässigen Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall bzw. der Operation keine CRPS-Symptome dokumentiert wurden. Ebenso wenig liegen wenigstens zeitnahe Anhaltspunkte für ein CRPS vor. Wohl erwähnte der Operateur rund vier Monate nach dem Unfall eine starke Schwellung des Beins nach Entfernung des Gipsverbands. Dies geschah jedoch noch vor der Operation. Danach berichtete er von einem unkomplizierten Verlauf. In der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Januar 2003 stellte Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine leichte Verdickung des linken Unterschenkels im Vergleich zur Gegenseite, jedoch kein offensichtliches Ödem um 11.00 Uhr, eine deutliche Überwärmung und eine gewisse Druckempfindlichkeit der Frakturgegend fest, bei ansonsten seitengleichen Verhältnissen bezüglich Hautcolorit, Schweisssekretion und Behaarungsmuster. Zuverlässige Hinweise für eine Sudeckdystrophie fand er jedoch keine und vermutete eine Metallüberempfindlichkeit. Am 9. Mai 2003 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_ über eine nur noch leichte Überwärmung, wiederum kein Ödem um 11.00 Uhr und keine Sockenrandspuren. Schliesslich verneinte er auch im Untersuchungsbericht vom 25. August 2004 sudeckverdächtige trophische Störungen, eine Schwellung oder eine Überwärmung. Entgegen der Annahme der Vorinstanz wurde ein CRPS somit schon frühzeitig geprüft und ausgeschlossen.

#### **E. 4.3.3**

Zwar klagte der Versicherte im weiteren Verlauf über ständige Schmerzen und Schwellungen im linken Unterschenkel/OSG. Allerdings weist die Vorinstanz zum einen selbst darauf hin, dass die geltend gemachten Schwellungen nicht in allen ärztlichen bzw. gutachterlichen Untersuchungen bestätigt werden konnten. Zum andern spricht (entgegen der Vorinstanz) der Umstand, dass er bereits im Jahr 2003 wieder zu arbeiten begann (wobei er zunächst körperlich leichte Tätigkeiten und ab 2004 wieder die bisherige,

körperlich anstrengende Arbeit ausübte) ebenfalls gegen ein CRPS. Denn immerhin sind im Zeitraum von 2004 bis zur unfallbedingten Verletzung am rechten Arm im Jahr 2010 keine Arztkonsultationen bezüglich allfälliger Beschwerden des linken Beins/Fusses aktenkundig. Dass er die Arbeit nur dank der Einnahme von Schmerzmitteln habe bewältigen können, ändert daran nichts. Eine andere Betrachtungsweise ergibt sich auch nicht aus der anlässlich des Aufenthalts in der Klinik H.\_\_\_\_\_ festgestellten "Low-dose-dependency" von Diazepam (Bensedin, das der Versicherte nach eigenen Angaben aus Serbien importierte), ging die Einnahme dieses Wirkstoffs doch insbesondere mit der Stressbelastung durch die Makula-Erkrankung seiner (dannzumal) 14jährigen Tochter einher, wie im Austrittsbericht vom 7. November 2013 festgehalten wird.

#### **E. 4.3.4**

Des Weiteren wurde ein CRPS I erstmals rund dreizehn Jahre nach dem Unfall von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ diagnostiziert. Dieser wies in seinem Bericht vom 4. Februar 2015 allerdings darauf hin, dass die therapierefraktären Schmerzen strukturell nicht erklärbar seien, in Bildgebungen keine signifikanten Residuen dargestellt werden könnten und eine neurophysiologische Evaluation keine Nervenläsion habe verifizieren können. Aufgrund der Anamnese und der Befunderhebung sei somit differenzialdiagnostisch am Ehesten an ein CRPS I zu denken, dessen Diagnose rein klinisch sei und sich an den Budapest-Kriterien orientiere. PD Dr. med. J.\_\_\_\_\_ führte in seinem Konsilium vom 10. Juli 2015 aus, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem unfallkausal aufgetretenen CRPS ausgegangen werden könne, wobei sich anlässlich der Konsultation ein CRPS in partieller Remission gezeigt habe. Immerhin gilt es auch hier zu beachten, dass PD Dr. med. J.\_\_\_\_\_ einleitend eine persistierende Schmerzsymptomatik Unterschenkel und Fuss links diagnostiziert und das CRPS I in partieller Remission sowie ein neuropathisches Schmerzsyndrom lediglich als Differenzialdiagnosen nannte, was, wie die Kreisärztin Dr. med. L.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 6. Mai 2016 festhielt, vermuten lässt, dass er selbst gewisse Zweifel an der Diagnose bzw. am Vollbild dieser Diagnose hegte. Zudem wies auch PD Dr. med. J.\_\_\_\_\_ auf die im Wesentlichen unauffälligen Ergebnisse der vorangegangenen neurologischen und bildgebenden Untersuchungen hin. Die Ärzte des SPZ diagnostizierten einen nozizeptiven Schmerz mit sensorischen Positivphänomenen im Narbengebiet im Sinn eines chronischen postoperativen Schmerzes. Die Diagnosekriterien für ein CRPS erachteten sie demgegenüber als nicht erfüllt, was sie im Bericht vom 18. November 2015 insbesondere mit den Ergebnissen ihrer Untersuchungen (gemäss Kriterium III) begründeten: So habe sich kein Nachweis einer Pinprickhyperalgesie und Allodynie ergeben. In der klinischen Untersuchung sei medial der distalen Unterschenkelnarbe umschrieben das Auslösen von elektrisierenden Missempfindungen bei Prüfung mit dem Pinsel, dem kalten Roller und dem Pinprick aufgefallen. Diese umschriebene Lokalisation im Narbenbereich könne nicht sicher einem CRPS zugeordnet werden. Klinisch habe sich (in der Thermographie) keine generelle Temperaturasymmetrie, keine Asymmetrie der Hautfarbe, keine Ödembildung und keine seitendifferente Schweisssekretion finden lassen. Die Range of motion sei nicht sicher zu beurteilen gewesen bei fraglicher Kraftentwicklung im Fuss, im Wesentlichen aber frei gewesen. Trotz einer motorischen Dysfunktion mit Wechsel-Innervationen habe sich keine sichere Parese im Fuss nachweisen lassen und die Inspektion habe keinen Anhalt für eine Nagel- oder Haarwachstumsstörung ergeben. Schliesslich kam auch der orthopädische Gutachter der MEDAS zum Ergebnis, dass das auswärts diagnostizierte CRPS anlässlich der gutachterlichen Untersuchung orthopädisch weder klinisch noch radiologisch habe

nachgewiesen werden können. Die MEDAS-Gutachter diagnostizierten ebenfalls chronische Schmerzen im Unterschenkel/OSG links.

#### **E. 4.4**

Ein CRPS liegt aufgrund dieser Umstände, entgegen der Vorinstanz, nicht vor. Zudem bestehen keine Hinweise auf allfällige andere, organisch nachgewiesene Unfallfolgen, wie die erwähnten Ausführungen der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_, aber auch des Kreisarztes Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, zeigen. Dieser hielt im Bericht vom 4. Juni 2014 fest, dass im MRI eine ligamentäre, chondrale oder ossäre Ursache der Beschwerden nicht habe bestätigt werden können und eine strukturelle Läsion auch neurologisch nicht überwiegend wahrscheinlich nachweisbar sei. Da die heute noch geklagten Beschwerden im linken Unterschenkel/Fuss somit nicht auf organisch ausgewiesene Unfallfolgen zurückzuführen sind, ist im Folgenden weiter die adäquate Kausalität zu prüfen.

#### **E. 5.1**

Ob ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden besteht, ist vorliegend nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, mithin unter Ausklammerung der psychischen Beschwerdekomponenten des Gesundheitsschadens ( BGE 115 V 133 ; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116). Auszugehen ist, wie gesagt von der Schwere des Unfallereignisses (s. vorne E. 3.2; zur Unfallschwere vgl. SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, 8C\_398/2012 5.2). Während die Adäquanz bei leichten Unfällen in der Regel verneint und bei schweren Unfällen regelmässig bejaht werden kann ( BGE 115 V 133 E. 6a S. 139 bzw. E. 6b S. 140), lässt sich diese Frage bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfalls allein beantworten. Daher sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Solche - unfallbezogenen - Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (zum Ganzen: BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

#### **E. 5.2**

Obwohl das Ereignis vom 29. Dezember 2001 eher banal erscheint, kann mit der Vorinstanz offen gelassen werden, ob es sich hierbei noch um einen leichten Unfall oder bereits um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt, weil ein adäquater Kausalzusammenhang selbst im zweiten Fall nicht gegeben wäre, wie die folgenden Ausführungen zeigen:

##### **E. 5.2.1**

Zunächst gilt es zu beachten, dass bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen die Adäquanz nur bejaht werden kann, wenn mindestens vier der sieben

Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt ( BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; Urteile 8C\_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1; 8C\_897/2009 E. 4.5 in: SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100). Allerdings bejahte die Vorinstanz lediglich drei der sieben Kriterien (körperliche Dauerschmerzen, Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen), wovon aber keines in besonders ausgeprägter Form vorliege. Die weiteren Kriterien prüfte sie nicht.

#### **E. 5.2.2**

Im Einzelnen ist zu den von der Vorinstanz bejahten Kriterien Folgendes festzuhalten:

##### **E. 5.2.2.1**

Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden vorlagen (Urteile 8C\_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.5.1; 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 9; U 380/04 vom 15. März 2005 E. 5.2.6, in: RKUV 2005 U Nr. 549 S. 241). Solche körperlichen Dauerschmerzen sind hier bereits, wie gezeigt, mangels eines organisch ausgewiesenen Substrats zu verneinen (Urteil 8C\_89/2012 vom 10. Mai 2012 E. 6.2.5). Hinzu kommt, dass zwischen 2004 und 2010 keine Arztkonsultationen aktenkundig sind. Dies spricht ebenfalls gegen das Vorliegen von ständigen Schmerzen, woran auch der vom Versicherten geltend gemachte Konsum von Schmerzmitteln und Diazepam nichts ändert (vgl. auch E. 4.3.3).

##### **E. 5.2.2.2**

Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteile 8C\_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.6; U 479/05 vom 6. Februar 2007 E. 8.5 in: SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81). Vorliegend sind - entgegen der Vorinstanz - keine besonderen Gründe ersichtlich, die die Genesung beeinträchtigt hätten, berichtete der operierende Arzt, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, doch über einen unkomplizierten postoperativen Verlauf und war die Fraktur im Dezember 2002 konsolidiert. Dass auch mit der Metallentfernung und Narbenexzision am 14. August 2003 keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt nach der Rechtsprechung ebenfalls nicht (Urteile 8C\_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.6; 8C\_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 10 und 8C\_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.6).

##### **E. 5.2.2.3**

Das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Urteile 8C\_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.9; 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2.6, in: SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83; U 56/00 vom 30. August 2001 E. 3d/aa, in: RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544; 8C\_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 11). Der Versicherte arbeitete ab 18. September 2002 halbtags und war nach dem Eingriff vom 14. August 2003 ab 6. Oktober 2003 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Mit der Beschwerdeführerin kann das Kriterium des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit somit, wenn überhaupt, als knapp erfüllt angesehen werden.

#### **E. 5.2.3**

Zu den weiteren Kriterien ist zu ergänzen, dass der Unfall vom 29. Dezember 2001 objektiv betrachtet nicht besonders eindrücklich war und keine besonders dramatischen

Begleitumstände aufwies. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Schilderungen des Beschwerdegegners zum Hergang (wonach er den Knochen habe brechen hören) und weiteren Verlauf (Aufsuchen eines Arztes und anschliessend eines Spitals, starke Schmerzen, dreimonatiger Aufenthalt im Elternhaus in Serbien usw.). Weiter war die Verletzung weder schwer noch von besonderer Art; im Übrigen ist eine Unterschenkelfraktur erfahrungsgemäss nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Da nach der Operation vom 16. April 2002 nur ein weiterer operativer Eingriff zur Metallentfernung und Narbenexzision am 14. August 2003 erfolgte, kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden, zumal anschliessend erfolgte ärztliche Kontrolluntersuchungen, manualtherapeutische oder medikamentöse Behandlungen (z.B. mit Chondrosulf) diesem Kriterium praxisgemäss nicht zugeordnet werden können (vgl. Urteil 8C\_860/2015 vom 30. Juni 2016 E. 4.4). Schliesslich finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung.

### **E. 5.3**

Zusammenfassend ist somit ein Kriterium höchstens knapp erfüllt. Folglich hat die Vorinstanz die adäquate Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den verbleibenden Beschwerden zu Unrecht bejaht. In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Entscheid damit aufzuheben und der Einspracheentscheid der Beschwerdeführerin vom 23. März 2017 zu bestätigen.

### **E. 6**

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der Beschwerdegegner die Gerichtskosten zu tragen ( Art. 66 Abs. 1 BGG ).

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