

FR_GERICHTE 605 2016 262 vom 25. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_262

FR: FR_GERICHTE 605 2016 262 du 25 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2016 262 del 25 giugno 2018

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 28. November 2016 gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 27. Oktober 2016 ist fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. So-

Kantonsgericht KG Seite 3 von 12 zialversicherungsgerichtshof, prüft, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier nach Art. 1 Abs. 1 UVG zur Anwendung kommt, gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 2.2

Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Zu diesem Zeitpunkt kann der Unfallversicherer die Adäquanz prüfen und je nach Resultat den Fall abschliessen. Ob eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung noch möglich ist,

bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Urteil BGer 8C_207/2011 vom 26. Juli 2011 E. 6).

E. 2.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität i. S. v. Art. 8 ATSG bewirken. Gemäss bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sog. Förster-Kriterien geprüft wurde (BGE 130 V 352). Mit BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird. Diese Rechtsprechung ist auch im Bereich der Unfallversicherung anwendbar. Vorausgesetzt wird aber, dass zwischen dem Unfall und den Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil BGer 8C_10/2015 vom

E. 2.4

Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss zuerst ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. 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, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (Urteil BGer 8C_307/2016 vom 17. August 2016 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6). Weitere Abklärungen hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs können unterbleiben, wenn die adäquate Kausalität der organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden ohnehin zu verneinen ist (Urteil BGer 8C_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2).

E. 2.5

Weiter muss zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Ein Ereignis hat dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2). Lehre und Rechtsprechung lassen den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann eintreten, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind. Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (Urteil BGer 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 2.6

Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung. Die IV-Stellen und die Unfallversicherer haben die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vorzunehmen. Sie dürfen sich ohne weitere eigene Prü-

Kantonsgericht KG Seite 5 von 12 fung nicht mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des Unfallversicherers oder der IV-Stelle begnügen (Urteil BGer 8C_684/2017 vom 4. April 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). Dies gilt umso mehr, wenn nicht alle bei der Invalidenversicherung berücksichtigten Behinderungen unfallkausal sind (Urteil BGer 8C_517/2007 vom 16. September 2008 E. 4.1). Dies aus dem Grund, da die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesunden und erwerblichen Unfallfolgen berücksichtigt, oftmals aber auch nicht bloss unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen. Zu denken ist an krankhafte Vorzustände oder an psychische Fehlentwicklungen, für welche der Unfall keine adäquate kausale Ursache darstellt (BGE 133 V 549 E. 6.2).

E. 2.7

Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht muss gemäss Art. 61 Bst. a ATSG einfach und rasch sein. Die anzustrebende Raschheit des Verfahrens schliesst es aus, dass die Verwaltung während des kantonalen Verfahrens umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen tätigt. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des Prozesses kann der Versicherungsträger im Weiteren rechtsprechungsgemäss keine Abklärungsmassnahmen

treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (Urteil BGer 8C_284/2014 vom 16. Dezember 2014 E. 5.2.3. mit Hinweisen). Eine versicherungsinterne Aktenbeurteilung ohne Mitwirkung des Versicherten, die keine namhafte zeitliche Verzögerung des Verfahrens zur Folge hat, ist grundsätzlich zulässig (vorerwähntes Urteil 8C_284/2014 E. 5.5 mit Hinweis auf Urteil BGer 8C_410/2013 vom 15. Januar 2014 E. 5).

E. 2.8

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3 mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwaltung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67). 3. Es ist unbestritten, dass die Rücken- und Hüftbeschwerden sowie die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) nicht kausal zum Unfall vom 31. August 2010 sind. Auf diese wird des-

Kantonsgericht KG Seite 6 von 12 halb nachfolgend nicht weiter eingegangen. Demgegenüber ist hier die Leistungspflicht der Suva hinsichtlich der Beschwerden im linken Fuss streitig. 3.1. Der Beschwerdeführer bringt vor, entgegen der Ansicht der Suva liege keine psychische Problematik vor, was durch das IV-Gutachten von Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigt werde. Ferner bestehe gemäss Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (nachfolgend: RAD) ein neurologischer Schaden. Somit sei von organischen Beschwerden auszugehen, weshalb die Psycho-Praxis nicht zur Anwendung komme. Und auch wenn diese zur Anwendung käme, wären vier Adäquanz-Kriterien und damit der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen. Zudem müsste in diesem Fall ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werden. In den Gegenbemerkungen erklärte er überdies die von der Suva zusammen mit ihren Bemerkungen eingereichte interdisziplinäre ärztliche

Beurteilung als nicht zulässig. 3.2. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Suva sehr wohl eine neue Aktenbeurteilung einholen konnte. Die Suva hatte ihre Abklärungspflicht erfüllt und der Beschwerdeführer wurde bereits kreisärztlich untersucht. Aufgrund der der Suva nicht bekannten RAD-Berichte, auf die sich der Beschwerdeführer massgeblich beruft, sah sie sich veranlasst, eine Aktenbeurteilung einzuholen. Diese versicherungsinterne Aktenbeurteilung fand ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers statt, führte nicht zu namhaften Verfahrensverzögerungen und war somit, wie dargestellt, zulässig. Somit kann auch nicht gehört werden, dabei handle es sich um eine reine Parteibeauptung. 3.3. Der Unfallmeldung vom 7. September 2010 (Suva-Akten Nr. 1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 31. August 2010 beim Verlassen der Poststelle D._____ einen kleinen Tritt von ca. 5 cm übersah. Er sei beinahe gestürzt, habe sich aber wieder auffangen können. Dabei habe das ganze Körpergewicht auf den linken Fuss gedrückt, welcher in diesem Moment quer zum Tritt gewesen sei und seitlich abrutschte. Dann habe er es im Fuss knacken hören. Er habe den ganzen Tag gearbeitet. Die Schmerzen hätten immer mehr zugenommen, weshalb er am Abend in den Notfall des Spitals E._____ ging, wo mehrere Knochenabsplitterungen festgestellt worden seien. Am 6. September 2010 habe er mit einem Gips das Spital verlassen können. Gemäss dem Austrittsbericht dieses Spitals vom 22. September 2010 (Suva-Akten Nr. 6) lag eine Trümmerfraktur der Basis des Os metatarsale II und Os cuneiforme mediale vor. Bei Austritt sei der Beschwerdeführer weitgehend schmerzfrei gewesen. Am 19. Januar 2011 (Suva-Akten Nr. 35) erklärten die Ärzte dieser Klinik, ein MRI (Suva-Akten Nr. 36) bestätige neu eine Algodystrophie. Die Fraktur sei geheilt, die Gelenke kongruent. Die H._____ bestätigte am 12. Oktober 2011 (Suva-Akten Nr. 87) die Algodystrophie des linken Fusses. Ab dem 23. April 2012 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit zu 25% wieder auf. Dr. med. I._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des J._____, hielt am 26. Mai 2011 (Suva-Akten Nr. 70) fest, die persistierenden Beschwerden hätten kein anatomisches Korrelat. Die Lisfranc-Verletzung sei stabil ausgeheilt. Die Beschwerden seien vielmehr im Rahmen der Algodystrophie zu werten. Ein Fortsetzen der Physio- und Ergotherapie sei nicht erfolgsversprechend. Der Beschwerdeführer solle sich kognitiv mit dem Problem auseinandersetzen und den Fuss so gut wie möglich normal gebrauchen. Eine Entlastung – der Beschwerdeführer nutzte Unterarmgehstöcke – sei nicht notwendig. In seinem Folgebericht vom 12. April 2012 (Suva-Akten Nr. 125) erklärte derselbe, ein MRI Kantonsgericht KG Seite 7 von 12 (Suva-Akten Nr. 129) zeige keine wesentlichen entzündlichen Gelenksreaktionen, sondern eine korrekte ossäre Stellung nach ausgeheilter Lisfranc-Verletzung. Ein anatomisch-mechanisches Korrelat für die persistierenden Beschwerden könne nicht nachgewiesen werden. Es sei von einem neuropathischen Beschwerdebild sowie einer pathologisch verstärkten Schmerzperzeption auszugehen. Der Fuss sei prinzipiell voll belastbar. Vom 19. Juli bis 30. August 2012 war der Beschwerdeführer in der K._____. Dr. med. L._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sah klinisch keine Hinweise auf ein CRPS (Suva-Akten Nr. 159). Im Austrittsbericht vom 3. September 2012 (Suva-Akten Nr. 160) wurde in der bisherigen Tätigkeit ab dem 3. September 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 65% und ab dem 15. Oktober 2012 eine solche von 40% attestiert. Eine Steigerung innerhalb von drei Monaten auf 100% sei zumutbar. Das im Verlauf aufgetretene CRPS des linken Fusses zeige sich deutlich regredient, die Budapester Kriterien seien nicht mehr erfüllt. Gesamthaft betrachtet seien die präsentierten Beschwerden und

Funktionseinschränkungen in ihrer Intensität nicht voll umfänglich erklärbar. In der Folge scheiterte eine Arbeitsaufnahme im Vollpensum und der Beschwerdeführer führte ein Pensum von 30% aus (vgl. Suva-Akten Nr. 167). Am 15. Juli 2013 (Suva-Akten Nr. 198) hielten die Ärzte der M. _____ fest, die Beschwerden, welche der Beschwerdeführer vor allem auf das laterale Lisfranc lokalisiere, seien nicht objek- tivierbar. Am 2. Oktober 2013 (Suva-Akten Nr. 211) präzisierten sie, es bestehe kein Hinweis auf ein akutes CRPS-Syndrom. Ferner bestätigten sie jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 70% und schlugen eine Infiltration vor. Diese erfolgte am 27. Februar 2014 (Suva-Akten Nr. 231), führte je- doch zu keinem Erfolg (Suva-Akten Nr. 239). Am 30. April 2014 (Suva-Akten Nr. 245) erklärten die Ärzte der N. _____, von der Klinik her be- stehe der Eindruck eines nozizeptiven Schmerzes. Hinweise für eine Neuropathie lägen keine vor. Wahrscheinlich sei es im Verlauf der andauernden starken Schmerzen zu einer zentralen Sensiti- sierung gekommen, so dass nun auch normalerweise nicht schmerzhafte Belastungen als Schmerzimpulse fortgeleitet würden. Bei den Diagnosen wurde dies jedoch nicht vermerkt. Ge- mäss dem Folgebericht vom 1. Juli 2014 (Suva-Akten Nr. 254) führten diverse Versuche mit Schmerzmitteln und Opiaten sowie die Anwendung von TENS (transkutane elektrische Nervensti- mulation) nicht zu einer Besserung. Da die Infiltration des Nervus ischiadicus unter sonographi- scher Kontrolle trotz Hyposensibilität im ganzen Fuss und motorischer Schwäche während der Wirkzeit nicht zu einer Schmerzlinderung geführt habe, sei zumindest teilweise von einem zentrali- sierten Schmerzgeschehen auszugehen. Eine am 8. Juli 2014 durchgeführte 3-Phasen-Skelettszintigraphie ergab keine Hinweise auf eine Algodystrophie. Die Beschwerden seien am ehesten belastungsbedingt entzündlich aktiviert. Über- dies lagen degenerative Veränderungen vor. Im Bereich der ehemaligen Trümmerfraktur fanden sich keine Nachweise für eine Pseudoarthrose (vgl. Suva-Akten Nr. 266). Aufgrund der Versorgung mit einer Hüft-Teilprothese bestand ab dem 14. Oktober 2014 eine voll- ständige Arbeitsunfähigkeit (Suva-Akten Nr. 284). Dr. med. O. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates der Suva erklärte am 14. April 2015 (Suva-Akten Nr. 315), die Schmerzsymptomatik werde seit dem Unfall trotz all der diversen Beurteilungen, Abklärungsmassnahmen und Behandlungsmodalitäten als absolut unverändert beschrieben mit Ausnahme der Schwellung des Fusses, die sich ca. zwei Jahre nach dem Unfall zurückgebildet

Kantonsgericht KG Seite 8 von 12 habe. Angesichts der klinischen Untersuchung, welche ohne besonderen Befund war, könne der Meinung von Dr. med. I. _____ sowie des M. _____ gefolgt werden, wonach kein anatomisches Korrelat für die persistierenden Beschwerden nachgewiesen werden könne. Er äusserte den Verdacht auf eine Schmerzkrankheit und verneinte aus orthopädischer Sicht eine entschädigungspflichtige Integritätseinbusse. 3.4. In psychiatrischer Hinsicht besteht gemäss dem Gutachten F. _____ vom 23. Mai 2016 (Suva-Akten Nr. 356) einzig eine Angst und Depression gemischt (F 41.2) seit spätestens Ende 2012 ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Vorher sei seit dem Unfall von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F 43.21) auszugehen. Diese residuale, reaktiv aufgetretene anxiodepressive Symptomatik sei, nicht zuletzt dank der intakten Primärpersönlichkeit des Beschwerdeführers mit gut ausgebildeten, reifen Abwehrmechanismen und den beschriebenen guten Ressourcen, aufgrund des klinischen Eindrucks allenfalls leicht ausgeprägt. Demgegenüber verneinte der Gutachter ausdrücklich das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F 45.4). Die Schmerzschilderungen seien durchaus adäquat. Ferner verschrieb der Hausarzt

dem Beschwerdeführer vorübergehend ab Frühling 2012 das Anti-depressivum Cipralex (vgl. Suva-Akten Nr. 122 u. 147), welches offenbar in der K. _____ abgesetzt wurde. Überdies war der Beschwerdeführer, wiederum auf Initiative des Hausarztes (vgl. Suva-Akten Nr. 181) ab 11. März 2013 bei Dr. med. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (Suva-Akten Nr. 184). Dieser diagnostiziert am 11. Juni 2013 (Suva-Akten Nr. 195) in seinem Fachgebiet eine depressive Störung aktuell geringgradig bei Status nach persistierender Schmerzsymptomatik sowie einer Persönlichkeitsakzentuierung. Die Behandlung sei am 3. April 2013 erfolglos abgeschlossen worden.

3.5. Zusammen mit seiner Beschwerde reicht der Beschwerdeführer zwei RAD-Berichte ein. Gemäss dem ersten vom 31. Mai 2016 bestehe keine psychiatrische Begleitpathologie und es könne nicht von einer Somatisation gesprochen werden, da die Schmerzen einen klaren Ursprung gehabt hätten. Als Diagnose wurde eine persistierende posttraumatische unüberwindbare Schmerzproblematik des linken Fusses mit zerebralen Sensibilisierung nach komplexen Lisfranc-Fraktur und Südeck'schen Syndrom festgehalten. Im Folgebericht vom 13. Juni 2016 präziserte der RAD-Arzt, der psychiatrische Gutachter habe die Schmerzen klar als nicht psychiatrisch bedingt erklärt. Es sei nicht von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Obwohl der orthopädische Status vom Suva-Kreisarzt überzeugend als normal betrachtet worden sei, seien die anhaltenden Schmerzen glaubwürdig und es bestehe aus überwiegender Wahrscheinlichkeit die Anwesenheit eines persistierenden neurologischen Schadens (i. S. v. Phantomschmerzen) nach den erheblichen peripheren lokalen sensitiven Nervenschaden nach dem Knochenbruch und der Südeck'schen Erkrankung, der als Erklärung der anhaltenden Schmerzen des Beschwerdeführers und dessen anhaltenden Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit zu betrachten sei.

3.6. Auf der Grundlage der dargestellten Akten erging die neurologische, chirurgische und psychiatrische Beurteilung der Suva vom 8. Februar 2017. Gemäss der Suva-Neurologin ist die Annahme eines zentralisierten Schmerzgeschehens bzw. einer zentralen Sensibilisierung eine Hypothese, die hier nicht objektiviert werden könne. Es liege weder ein unfallkausaler Befund noch eine neurologische Diagnose vor, welche die persistierenden Beschwerden erklären würden. Die Ansicht des RAD-Arztes sei weder begründet noch nachvollziehbar. Die Fraktur sei konservativ behandelt worden, eine Schädigung peripherer Nervenstrukturen sei nicht erfolgt. Entscheidend für die Entstehung eines neuropathischen Schmerzsyndroms sei eine vorangegangene Schädigung von Nervenstrukturen. Neuropathische Schmerzen seien vorliegend anatomisch nicht zu begrün-

Kantonsgericht KG Seite 9 von 12 den und seien, abgesehen vom abgeheilten CRPS Typ I, welches definitionsgemäss ohne Läsion grösserer Nerven zu den neuropathischen Schmerzsyndromen zähle, auch zu keinem Zeitpunkt diagnostiziert worden. Die initiale Verletzung der Fusswurzel links ist gemäss dem Suva-Chirurgen knöchern in anatomisch korrekter Stellung konsolidiert. Das Vorliegen einer Pseudoarthrose im Bereich der ehemals frakturierten Knochen sowie einer tatsächlichen, posttraumatischen Arthrose im Lisfranc-Gelenk links seien bildgebend ausgeschlossen. Eine Objektivierung eines nozizeptiven Schmerzes sei nicht möglich und die Traumatologen hätten die Diagnose eines nozizeptiven Schmerzes auch nicht in ihre differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen. Der Suva-Psychiater war mit dem psychiatrischen Gutachten einverstanden. Demnach bestehe eine auf die Leistungsfähigkeit nicht ins Gewicht fallende psychische reaktive Komponente auf die Schmerzen und die bis anhin stattgefundenen frustranen somatischen Behandlungen. In ihrer interdisziplinären Beurteilung hielten die Suva-Ärzte

fest, sowohl aus chirurgischer als auch neurologischer Sicht gebe es kein somatisches Korrelat für die geklagten Beschwerden und gezeigten Funktionseinschränkungen. Die Unfallverletzung sei ausgeheilt und eine somatische Pathologie im Bereich des linken Fusses als Schmerzursache sei nie postuliert oder objektiviert worden. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine schwerwiegende (unfallkausale) psychische Störung. Die als reaktiv zu sehende Komponente der Schmerzverarbeitung sei aus rein psychiatrischer Sicht geringgradig ausgeprägt und ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. 3.7. Die Beurteilung der Suva-Ärzte überzeugt und steht im Einklang mit den dargestellten Akten. So war die Lisfranc-Verletzung, die sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 31. August 2010 zuzog, schon im Januar 2011 ausgeheilt. Dafür kam es zu einer Algodystrophie (CRPS I), die ab Herbst 2012 nicht mehr bestätigt werden konnte. Dafür äusserten mehrere Ärzte (Dr. med. I. _____, K. _____, M. _____) die Ansicht, die geltend gemachten Beschwerden seien nicht objektivierbar. Dieser Meinung schloss sich zu Recht der Suva-Kreisarzt Dr. med. O. _____ an. Es ist zwar richtig, dass Dr. med. I. _____ einen neuropathischen Schmerz mit erhöhter Schmerzperzeption und die N. _____ einen nozizeptiven Schmerz bzw. ein zumindest teilweise zentralisiertes Schmerzgeschehen vermuteten. Von Interesse ist, dass diese Vermutungen jeweils bei den Diagnosen nicht aufgeführt wurden und diese durch die involvierten Ärzte trotz umfangreichen Untersuchungen und Abklärungen nicht durch ein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes somatisches Leiden objektiviert werden konnten. Diese nicht belegten Vermutungen können deshalb nicht berücksichtigt werden (vgl. in diesem Sinne Urteil BGer 8C_26/2016 vom 18. Mai 2016 E. 5.2 mit Hinweis). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers und des RAD-Arztes, der seine Ansicht nicht weiter begründete und der zudem auch kein Facharzt in Neurologie ist, kann die Ursache der nozizeptiven Schmerzen nicht in einem durch den komplizierten Bruch und die Entwicklung des Morbus Sudeck entstandenen Nervenschadens gesehen werden. Die komplexen regionalen Schmerzsyndrome (complex regional pain syndromes; CRPS) werden in zwei Typen eingeteilt. Bei den CRPS I (Algodystrophie, Sudeck-Syndrom) handelt es sich um eine Erkrankung einer Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigen Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervens auftritt. Bei den CRPS II hingegen bestehen Störungen des Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (vgl. Pschyrembel, Orthopädie und Unfallchirurgie, 2013). Ein Nervenschaden ist beim Beschwerdeführer aber gerade nicht belegt. So wurde von den Ärzten zu keinem Zeitpunkt ein CRPS II notiert, sondern jeweils einzig eine Algodystrophie bzw. ein CRPS I und die N. _____ verneinte explizit das Vorliegen einer Neuropathie.

Kantonsgericht KG Seite 10 von 12 4. Die geltend gemachten Beschwerden des Beschwerdeführers sollen nicht in Abrede gestellt werden. Es handelt sich bei ihnen aber, wie die Suva richtig festhält, um nicht objektivierbare Beschwerden. Es ist deshalb von einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall auszugehen, da die Beschwerden in einem Missverhältnis zum Unfall stehen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers besteht zudem, wie dargestellt, durchaus eine psychische Komponente. Auch wenn diese vorliegend geringer Natur ist und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, so ist die Adäquanz dennoch nach der sog. Psycho-Praxis zu prüfen, da hier klar kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung vorliegt, aber eben nicht objektivierbare Beschwerden (vgl. Urteil BGer 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6). 4.1. Gemäss dieser ist zu unterscheiden nach

der Schwere des Unfalls, wobei die Unfallschwere aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen ist. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (vorgenanntes Urteil BGer 8C_488/2017 E. 6.2 mit Hinweis namentlich auf BGE 140 V 356 E. 5.1). Bei banalen und leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres verneint und bei schweren Unfällen in der Regel bejaht werden. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Hier müssen weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. 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, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden (BGE 115 V 133 E. 6). Bei mittleren Unfällen müssen drei der Adäquanzkriterien und bei mittleren Unfällen an der Grenze zu den leichten deren vier erfüllt sein (Urteile BGer 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 sowie 8C_935/2009 vom 29. März 2010 E. 4.1.3). Ferner sind bei der Anwendung der Kriterien der Psycho-Praxis die psychischen Aspekte nicht zu beachten (Urteil BGer 8C_390/2011 vom 10. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen). Ebenso sind die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (Urteil BGer 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6). 4.2. Gemäss der Suva sind maximal zwei der vorstehenden Adäquanzkriterien erfüllt, was nicht genüge, da hier höchstens von einem mittleren Unfall an der Grenze zu den leichten ausgegangen werden könne. Der Beschwerdeführer seinerseits sieht fünf Kriterien als erfüllt an.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 12 In ihren Bemerkungen änderte die Suva insofern ihre Meinung, als sie nun von einem leichten Unfall ausging, womit die Adäquanz auf jeden Fall zu verneinen sei. Dieser Sichtweise kann gefolgt werden. So ist ein gewöhnlicher Sturz oder ein Ausrutschen im Allgemeinen dem Bereich der leichten Unfälle zuzuordnen mit der Folge, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Störungen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen ist. Als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurde etwa ein Unfall qualifiziert, bei dem ein Versicherter das Gleichgewicht verlor, von einem 1,2 Meter hohen Gerüst fiel und sich eine Calcaneusfraktur zuzog. Gleich beurteilt wurden der Sturz eines Bauarbeiters in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies sowie der Sturz auf einer schneeglatten Unterlage mit Läsion der Supraspinatussehne an der linken Schulter. Ferner der Sturz über eine Treppe mit leicht dislozierter Nasenbeinfraktur und schwerer Commotio cerebri, der Sturz über eine Türschwelle auf den Rücken mit Dorsalkontusion und dringendem Verdacht auf eine Wirbelstauchung sowie der Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil BGer 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.1). Beim Unfall vom 31. August 2010 hat der Beschwerdeführer beim Verlassen der Poststelle D. _____ einen kleinen Tritt von ca.

5 cm übersehen. Er stürzte nur beinahe, konnte sich aber wieder auffangen. Insofern es nicht einmal zu einem Sturz kam, ist klar von einem leichten Unfall auszugehen. Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass bei der Beurteilung der Unfall- schwere die Unfallfolgen eben gerade nicht berücksichtigt werden. Insofern es sich um einen leichten Unfall handelt, ist die Adäquanz zu verneinen. Damit erübrigen sich, wie dargestellt, die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens so- wie weitere Abklärungen bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhangs. Ebenso besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung.

E. 5

Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer aus der Tatsache, dass ihm die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. November 2016 eine ganze Rente zugesprochen hat. Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet, wie dargestellt, gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung. Dies gilt umso mehr, wenn nicht alle bei der Invalidenversicherung berücksichtigten Behinderungen unfallkausal sind. Genau dies ist hier der Fall. So sind die eingangs erwähnten Rücken- und Hüftbeschwerden, die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) sowie auch die psychische Komponente nicht kausal zum Unfall und müssen deshalb nicht berücksichtigt werden. Ferner hielt der RAD-Arzt am 6. August 2015 (Suva-Akten Nr. 334) fest, vermutlich handle es sich schon seit 2011 nicht mehr um einen gemeinsamen Fall mit der UV und die IV-Stelle hat in ihrer Verfügung ebenso explizit festgehalten, die vorliegenden Beschwerden seien krankhafter Natur und nicht mehr unfallbedingt. Schliesslich muss der Beschwerdeführer darauf aufmerksam gemacht werden, dass angesichts des Umstandes, dass die Lisfranc-Fraktur bereits im Januar 2011 ausgeheilt war und die unfallkausale Algodystrophie ab Herbst 2012 nicht mehr bestand, die Ausrichtung der Taggelder bis am 14. Februar 2016 als grosszügig angesehen werden kann.

Kantonsgericht KG Seite 12 von 12

E. 6

Zusammenfassend hat die Suva ihre Leistungspflicht ab dem 15. Februar 2016 zu Recht verneint, da der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall vom 30. August 2010 zu verneinen ist. Gemäss dem hier zur Anwendung kommenden Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens werden keine Gerichtskosten erhoben. Der mit seinen Anträgen unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 25. Juni 2018/bsc Der Präsident: Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

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