

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/53 vom 5. März 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-03-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2008\\_53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_53)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/53 du 5 mars 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/53 del 5 marzo 2009

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Wegfall der Leistungspflicht des Unfallversicherers im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Beeinträchtigung des Heilungsverlaufs durch einen Morbus Sudeck (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. März 2009, UV 2008/53). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2009.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Beschwerdeführerin erlitt am 12. Februar 2005 einen Arbeitsunfall, wobei sie sich bei einem Treppensturz eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks (OSG) zuzog. Seither klagt sie über persistierende, belastungsabhängige, bis in das Bein ausstrahlende Schmerzen im rechten Fuss und weist eine eingeschränkte Beweglichkeit im OSG und im unteren Sprunggelenk (USG) rechts auf. Die Beschwerdegegnerin erbrachte zunächst Heilkosten- und Taggeldleistungen. Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. April 2008 anerkennt sie eine eingeschränkte Beweglichkeit im OSG und USG als organische Unfallfolge, stellt sich aber auf den Standpunkt, dass für die geklagte Schmerzproblematik kein organisches Substrat mehr bestehe und zwischen der psychischen Störung und dem Unfall kein adäquater Kausalzusammenhang auszumachen sei. Rein unfallbedingt, d.h. infolge der Bewegungseinschränkung, bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Zwei Jahre nach dem Unfall sei keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mehr erreichbar gewesen. Ab 1. März 2007 bestehe damit kein Anspruch auf Versicherungsleistungen mehr. Die Beschwerdeführerin fordert demgegenüber die Weiterausrichtung der Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlung) über das Einstellungsdatum hinaus und macht damit implizit geltend, der Gesundheitszustand lasse aus unfallkausalen Gründen nur noch in beschränktem Masse eine Erwerbstätigkeit zu. Zudem gehe die Beschwerdegegnerin zu Unrecht davon aus, dass der medizinische Endzustand zwei Jahre nach dem Unfall erreicht sei. - Streitig ist zunächst, inwieweit bei der Beschwerdeführerin über das Datum der Leistungseinstellung (28. Februar 2007) hinaus organische Unfallrestfolgen vorliegen. 1.2 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (Erwägung Ziff. 5a und b) die rechtlichen Voraussetzungen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und somatischen Störungen zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers zusätzlich erforderliche adäquate Kausalzusammenhang ist gemäss Rechtsprechung in der Regel dann gegeben, wenn ein 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 Erfolgs also durch

das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 122 V 416 E. 2a mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Klar fassbare physische Befunde nach einem Unfall sind diesem ohne weiteres zuzuordnen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Ausgeführt sind im angefochtenen Einspracheentscheid ausserdem die Bestimmungen und Grundsätze zum Beweiswert und zur Beweiswürdigung ärztlicher Berichte und Gutachten (Erw. Ziff. 5d). Auch darauf ist zu verweisen.

## E. 2

2.1 Hinsichtlich der im Einspracheentscheid anerkannten organischen Unfallfolge der eingeschränkten Beweglichkeit in OSG und USG stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die vertrauensärztlichen Untersuchungsberichte von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2006 und 2. März 2007 (act. 61, 86). Dieser legte am 17. Mai 2006 dar, die reinen Unfallverletzungen hätten zu einer bleibenden Schädigung der körperlichen Integrität geführt, wobei der Endzustand wahrscheinlich noch nicht ganz erreicht sei. Ein Restzustand werde sicher resultieren. Gemäss Suva-Feinrastertabelle 2 betreffend Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten liege der Integritätsschaden bei Funktionsbehinderungen in den Sprunggelenken bei 5 - 30 %. Im jetzigen Zeitpunkt schätze er ihn bei der Beschwerdeführerin auf 20%. Am 2. März 2007 hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass allenfalls eine unfallbedingte Reduktion der Beweglichkeit im OSG und USG rechts bestehe, so dass man diesbezüglich von einer gewissen bleibenden Schädigung der körperlichen Integrität ausgehen könne. Gemäss Suva-Feinrastertabelle 2 würde er den Integritätsschaden auf maximal 10% schätzen.

2.2 Zu diesen beiden Aussagen betreffend Integritätsentschädigung und Beweglichkeitseinschränkung ist festzuhalten, dass sie vollkommen isoliert als reine Feststellungen stehen und mit Blick auf den übrigen Inhalt der Untersuchungsberichte von Dr. H.\_\_\_\_ in keiner Weise nachvollziehbar sind. Dr. H.\_\_\_\_ hält zwar unter der Rubrik "Befund" eine Beweglichkeitseinschränkung im OSG fest (Flexion/Extension: 0/0/45°), nicht jedoch im USG. Dieser Befund basiert offensichtlich auf einer klinischen Untersuchung, welche bei der Prüfung von Bewegungsfunktionen - im Vergleich zu einer röntgenologischen Untersuchung oder MRI-Untersuchung - nicht uneingeschränkt exakte bzw. objektive Untersuchungsergebnisse liefert, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Patient diesen beeinflusst. Vorliegend wird der Befund weder durch den weiteren Inhalt - übrige Befunde, Diagnosen - der Untersuchungsberichte von Dr. H.\_\_\_\_ noch durch andere medizinische Akten untermauert. Gemäss der am 4. April 2005 in der Radiologie Bad Ragaz durchgeführten MRI-Untersuchung des rechten Rückfusses ist es beim Unfall vom 12. Februar 2005 zu einer Distorsion des rechten OSG mit Kapselbandzerrung und einem Bone bruise am Talus gekommen (act. 4, 32). Diese grundsätzlich als strukturell zu bezeichnenden Veränderungen bzw. Läsionen sind indessen - wie auch Dr. H.\_\_\_\_ festhält (act. 86) - gemäss der MRI-Untersuchung des rechten OSG vom 24. August 2005 vollständig abgeheilt (act. 28, 31, vgl. auch act. 117). Indem Dr. H.\_\_\_\_ in seinem vertrauensärztlichen Gutachten vom 2. März 2007 von einer allenfalls vorliegenden Beweglichkeitseinschränkung spricht, kann der Befund auch nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 120 V 37 E. 3c; Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) als gesichert betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin gibt im Übrigen an, es seien vor allem die ständigen starken Schmerzen im gesamten rechten Bein

inklusive Fuss, die sie sehr quälen würden (vgl. act. 86; IV-act. 51, S. 9). Im orthopädischen Zusatzgutachten der MEDAS vom 14. September 2007 wird zwar ebenfalls auf eine endphasig schmerzhaft bewegliche Beweglichkeit in den Sprunggelenken des rechten Fusses hingewiesen, messbar war jedoch lediglich für die Fusshebung ein geringgradiges Defizit. Im übrigen enthält das Fachgutachten keinerlei Hinweise auf eine orthopädisch strukturell bedingte Beweglichkeitseinschränkung. Anlässlich der neurologischen Fachuntersuchung der MEDAS vom 19. September 2007 liess sich auch keine Nervenverletzung feststellen (IV-act. 53). In den Untersuchungsberichten des Ziegler Spitals Bern sowie der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG wird sodann in keiner Weise auf eine Beweglichkeitseinschränkung hingewiesen (vgl. act. 70, 79, 87, 99). Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 3. Oktober 2007 wurde gar von einer seitengleichen Gelenkbeweglichkeit sowie einem anatomisch unauffälligen Sprunggelenk gesprochen. Eine röntgenologische Untersuchung hat sodann erneut einen unauffälligen ossären Befund ergeben. - Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den medizinischen Akten keine augenfälligen Hinweise auf eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion erkennen lassen, aus der eine Beweglichkeitseinschränkung bzw. Funktionsstörung zu resultieren vermöchte. Eine solche kann jedoch erfahrungsgemäss auch durch einen - wie von der Beschwerdeführerin beklagten - Schmerzzustand begründet sein. In den medizinischen Akten wird wiederholt die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms am rechten Bein gestellt (act. 79, 86, 87, 117).

### **E. 3**

3.1 Als organische, für den Schmerzzustand verantwortliche Unfallfolge steht der Einfluss eines in den medizinischen Akten wiederholt erwogenen Morbus Sudeck bzw. - wie die neue medizinische Bezeichnung dafür lautet - CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) zur Diskussion. Synonym verwendete Bezeichnungen dafür sind die sympathische Reflexdystrophie bzw. die Algodystrophie. Das CRPS ist ein anerkanntes unfallkausales organisches Schmerzsyndrom, das eintreten kann, auch wenn die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädisches Wörterbuch, 4. Aufl., Bern 2002, S. 695 ff.). Es ist dadurch gekennzeichnet, dass es nach äusserer Einwirkung (z.B. Traumata, Operationen und Entzündungen) über längere Sicht zu einer Dystrophie und Atrophie von Gliedmassen kommt. Als Symptome treten Durchblutungsstörungen, Ödeme, Hautveränderungen, Schmerzen und schliesslich Funktionseinschränkungen auf (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., Bern 2002, S. 1421; MSD-Manual, Urban & Fischer, 2000, S. 1664). Gegenüber strukturellen Verletzungen, die sich im Regelfall im Rahmen bildgebender Untersuchungen bestätigen lassen, kommt bei anerkannten organischen Schmerzsyndromen der klinischen Untersuchung eine wesentliche Bedeutung zu.

3.2 Am 14. Februar 2005 erlitt die Beschwerdeführerin eine Distorsion des rechten OSG. Anlässlich der MRI-Untersuchung in Bad Ragaz vom 4. April 2005 konnten die entsprechenden Befunde - Kapselbandzerrung und Bone bruise am Talus - erhoben werden (act. 4, 32, 34). Bereits rund zwei Monate nach dem fraglichen Unfallereignis, d.h. am 22. April 2005, diagnostizierte Dr. C. \_\_\_ bei der Beschwerdeführerin in einem ärztlichen Zwischenbericht einen Morbus Sudeck im OSG nach Supinationstrauma und vermerkte, dass bei ihr eine Anti-Sudecktherapie (Physiotherapie, medikamentöse Therapie) durchgeführt werde (act. 8). Dieselbe Diagnose wurde auch vom damaligen Hausarzt Dr. F. \_\_\_ sowie vom untersuchenden Arzt des Kantonalen Spitals Grabs in den Berichten vom 2. bzw. 3. Juni

2005 - in letzterem zwar nur als Verdachtsdiagnose - festgehalten (act. 18, 19). Im ärztlichen Zeugnis vom 18. Juli 2005 wies Dr. F.\_\_\_\_ sodann einschränkend darauf hin, dass die Ursache der Schmerzen trotz aller Abklärungen und Therapien unbekannt sei, und es keine klare Diagnose gebe. Zwischen den subjektiv angegebenen Schmerzen und den objektiven Befunden bestehe eine Diskrepanz (act. 21). Dr. E.\_\_\_\_ stellte demgegenüber in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 11. August 2005 abermals die Diagnose eines Morbus Sudeck und hielt fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin in der Folge eine reaktive Depression entwickelt habe (act. 27). Die MRI-Untersuchung vom 24. August 2005 im Spital Grabs ergab sodann eigentlich eine vollständige Abheilung der von der Beschwerdeführerin am 12. Februar 2005 erlittenen strukturellen Verletzungen (act. 28, 31). Dr. F.\_\_\_\_ beschrieb im Zeugnis vom 30. August 2005 ein chronisch-therapieresistentes Schmerzsyndrom des rechten OSG und bezeichnete die Diagnose nach wie vor als unklar (act. 31).

3.3 Gestützt auf die in Erwägung Ziff. 3.2 dargelegte Anamnese - Abheilung der strukturellen Verletzungen, teilweise Diagnose eines Morbus Sudeck - diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ in seiner ersten vertrauensärztlichen Beurteilung vom 6. September 2005 ebenfalls einen Verdacht auf Morbus Sudeck. Als Befund erhob er diffuse Druckdolenz zirkulär im Bereich des OSG, aber auch über dem ventralen Vorfuss bis zum Mittelfuss und zum distalen Unterschenkel sowie eine gewisse Beweglichkeitseinschränkung. Die Zirkulation am rechten Fuss bezeichnete er jedoch als gut, eine Schwellung konnte nicht nachgewiesen werden, und es waren zum damaligen Zeitpunkt weder ein übermässiges Schwitzen noch eine livide Verfärbung erkennbar. Hinsichtlich Kausalität hielt er fest, dass die geltend gemachte Gesundheitsschädigung noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. Februar 2005 zurückzuführen sei. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin einen milden Morbus Sudeck durchgemacht habe, der das protrahierte Beschwerdebild erklären könnte. Unfallfremde Faktoren hätten sich nicht nachweisen lassen (act. 32). Offensichtlich gestützt auf diese vertrauensärztliche Beurteilung erbrachte die Beschwerdegegnerin weiterhin Versicherungsleistungen. In der Folge wurden zahlreiche weitere medizinische Abklärungen bzw. Untersuchungen durchgeführt. Die Diagnose eines Morbus Sudeck wurde auch weiterhin diskutiert und in sozusagen sämtlichen Arztberichten zumindest als Verdachts- oder Differentialdiagnose, zum Teil sogar ohne Einschränkung, festgehalten. So hielt der untersuchende Arzt der Schulthess Klinik in seinen Berichten vom 7. und 30. Dezember 2005 fest, dass die zehn Monate nach dem Rückfuss-Distorsionstrauma persistierende Symptomatik durchaus an eine algodystrophe Situation erinnere bzw. für die persistierende Schmerzsymptomatik die Verdachtsdiagnose einer Algodystrophie im Vordergrund stehe, weshalb eine Ergänzung der Diagnostik durch eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie geplant sei. Zum damaligen Zeitpunkt konnte als Befund vor allem eine deutliche Beweglichkeitseinschränkung der Rückfussgelenke rechts sowohl im OSG als auch im Subtalargelenk, welches praktisch steif sei, erhoben werden. Palpatorisch fiel eine diffuse Druckdolenz über dem distalen Unterschenkel sowie dem ganzen Fuss auf. Nicht erheben liess sich eine Schweisssekretion oder Überwärmung bzw. ein Temperaturunterschied zur Gegenseite (act. 39, 42). Das in der Klinik für Nuklearmedizin des KSSG am 5. Januar 2006 erstellte Szintigramm beider Unterschenkel und Füsse zeigte sich sodann zwar unauffällig, d.h. ohne szintigrafisches Korrelat zu den geklagten Beschwerden (act. 44). Auch nach Vorliegen dieses Untersuchungsergebnisses blieb die Diskussion um einen Morbus Sudeck bestehen. Laut Dr. G.\_\_\_\_ liessen sich eine Schwellung gegen den medialen als auch gegen den lateralen Malleolus, eine Verbreiterung im Achillessehnenbereich sowie eine eingeschränkte

Beweglichkeit für die Dorsalextension im rechten OSG und eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit im USG objektivieren. Dr. G.\_\_\_\_ musste jedoch einräumen, dass sämtliche bildgebenden Verfahren keine Pathologien zeigten und die von ihm durchgeführten Infiltrationen ohne Reaktion geblieben seien. Dennoch erachtete er den Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfall als klar gegeben. Aufgrund der objektiv eingeschränkten Beweglichkeit im USG sowie der anhaltenden Schwellneigung müsse die Pathologie hier liegen (Bericht vom 18. Januar 2006; act. 48). Dr. I.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 20. Februar 2006 die Diagnose therapieresistenter Fussbeschwerden rechts nach OSG-Distorsion im Februar 2005, wahrscheinlich im Rahmen einer residuellen Algodystrophie. Um eine solche handle es sich wohl aufgrund der Anamnese. Szintigraphisch habe sie jedoch nicht mehr erfasst werden können (act. 51). In ihrer Stellungnahme vom 15. März 2006 erklärte Dr. I.\_\_\_\_, dass die Beweglichkeit im OSG zur Hälfte eingeschränkt sei. Die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin könnten anhand der Befunde objektiviert werden. Es persistiere immer noch eine leichte Schwellung im ganzen Sprunggelenk und Mittelfuss rechts. Zudem habe eine diffuse Druckempfindlichkeit im Bereich des ganzen Sprunggelenks, vor allem unter dem rechten Aussenmalleolus, erhoben werden können. Beim Gehen sei ein Hinken sichtbar. Anzeichen für eine psychische Überlagerung bestünden nicht. Da die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis keinerlei Beschwerden im Fuss gehabt habe, seien die aktuellen Beschwerden als Folge des Unfalls zu sehen. Die stark verzögerte Besserung könne bekanntermassen auch bei einem Bagatelltrauma manchmal im Rahmen einer Algodystrophie lang dauernde Beschwerden auslösen (act. 54, vgl. auch act. 55). Auch Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte in seiner zweiten Beurteilung vom 17. Mai 2006 ein residuelles Algodystrophiesyndrom am rechten Fuss bei Zustand nach Distorsionstrauma mit chronischem Schmerzzustand und Einschränkung der Funktion in OSG und USG. Eine Aggravation schloss er aus. Es bestehe jedoch eine schwierige psychosoziale Situation. Die Befunde bezeichnete er gegenüber seiner Untersuchung vom 6. September 2005 als unverändert (act. 61). In einem Zwischenbericht vom 3. Juli 2006 hielt Dr. I.\_\_\_\_ an ihrer Diagnose einer Algodystrophie nach OSG-Distorsion rechts im April (richtig: Februar) 2005 fest. Die Schmerzen bestünden weiter, die Schwellung habe sich aber leicht vermindert (act. 63). Dr. F.\_\_\_\_ hielt in einem Bericht vom 22. September 2006 fest, es bestehe ein komplizierter postoperativer Verlauf, wahrscheinlich im Rahmen eines Morbus Sudeck. Das aktuelle Zustandsbild sei in keiner Weise verbessert. Nach wie vor bestünden chronische, belastungsabhängige Schmerzen und das Gelenk sei diffus dolent und geschwollen (act. 67). Der untersuchende Arzt des Ziegler Spitals Bern, Dr. J.\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 18. Januar 2007 einen Status nach Distorsionstrauma OSG rechts am 12. Februar 2005 mit chronisch therapieresistentem Schmerzsyndrom, und als Differentialdiagnose einen beginnenden Morbus Sudeck, eine psychosomatische Überlagerung und ein depressives Zustandsbild. Anamnestisch bestehe seit dem Distorsionstrauma eine progrediente Verschlimmerung der Schmerzintensität im rechten OSG mit Ausstrahlung in den rechten Unter- und Oberschenkel. Zusätzlich bestehe ein vermehrtes Schwitzen des rechten Fusses mit intermittierender Schwellung und Rötung. (act. 79). Am 2. März 2007 folgte die vertrauensärztliche Beurteilung, welche die Grundlage für die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 1. März 2007 bildete. Dr. H.\_\_\_\_ hielt nun fest, die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. Februar 2005 zurückzuführen. Ein Morbus Sudeck, der als Folge des Unfalls angesehen werden müsste, habe weder

radiologisch noch im MRI oder im Szintigramm nachgewiesen werden können. Die jetzige Symptomatik sei vorwiegend im Rahmen einer Somatisierungsstörung oder Symptomausweitung zu sehen. Ungefähr ein halbes Jahr nach dem Unfall habe sich eine psychische Fehlentwicklung abgezeichnet. Diese habe sich immer mehr ausgedehnt und die reinen Unfallfolgen seien zwischenzeitlich in den Hintergrund getreten. Beim Unfall sei es zu einer Distorsion mit einer Kapselbandzerrung und einem Bone bruise im Talus gekommen. Diese Veränderungen seien jedoch unterdessen vollständig abgeheilt. Als Nicht-Psychiater könne er die psychische Fehlverarbeitung nicht im Detail erklären. Dazu wäre eine psychiatrische Evaluierung notwendig. Es bestehe aber sicher eine leichte depressive Verstimmung. Diese Beschwerden stünden aber nicht im Vordergrund. Hauptproblem sei das Schmerzsyndrom, das seinerseits vorwiegend auf psychische Faktoren zurückzuführen sei. Dr. H. \_\_\_ diagnostizierte ein chronisches Schmerzsyndrom am rechten Bein unklarer Ätiologie und als Differentialdiagnosen eine Symptomausweitung, eine Somatisierungsstörung und einen Status nach Morbus Sudeck, sowie eine leichte depressive Verstimmung. Zusätzlich einen Status nach Distorsionstrauma OSG rechts Februar 2005 sowie eine Lumbalgie unklare Ätiologie, differentialdiagnostisch degenerativ, im Rahmen der Somatisierungsstörung. Als Befunde erhob auch er am ganzen rechten Fuss sowie am rechten Unterschenkel im Gegensatz zur linken Seite eine leichte rötliche, livide Verfärbung. Ansonsten wiesen jedoch der rechte Fuss und das OSG keine Schwellung auf. Im gesamten Mittelfuss, in OSG und USG rechts bestehe eine diffuse Druckdolenz. Weiterhin sei auch eine ausgedehnte Druckdolenz in der gesamten dorsalen Unterschenkel- und Oberschenkelmuskulatur gegeben. Die Beweglichkeitseinschränkung im Bereich des OSG sei unverändert. Die Beschwerden könnten keinem objektivierbaren organischen Substrat zugeordnet werden. Alle Untersuchungen hätten keine morphologischen oder strukturellen Veränderungen ergeben (act. 86). Dr. J. \_\_\_ diagnostizierte sodann in seinem Bericht vom 5. März 2007 einen Status nach Distorsionstrauma OSG rechts am 12. Februar 2005 mit chronisch therapieresistentem Schmerzsyndrom mit psychosomatischer Überlagerung, differentialdiagnostisch Morbus Sudeck, sowie ein depressives Zustandsbild. Explizit seien keine Befunde erhoben worden. Auffällig seien eine normale Fussform, aber ein deutlicher Temperaturunterschied. Der Fuss sei rechts deutlich kälter als links (act. 87). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG stellte anlässlich einer Untersuchung vom 13. Juni 2007 neben einer Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des OSG rechts eine teigige Schwellung sowie eine livide Verfärbung fest. Die Diagnose lautete auf Status nach OSG-Distorsion rechts 2005 mit folgenden chronischen Schmerzangaben im rechten Fuss und Unterschenkel (act. 99). Die Ärzte des Departements Interdisziplinäre medizinische Dienste, Palliativzentrum, des KSSG diagnostizierten im Bericht vom 26. Juni 2007 ein chronifiziertes Schmerzsyndrom rechtes Bein mit Verdacht auf CRPS insbesondere im Bereich OSG/Fuss sowie dorsalem Oberschenkel rechts, bei Status nach OSG-Supinationstrauma 2005, Status nach Neurolyse Sympathikus L3/4, mit zunehmender Sensibilisierung, vorwiegend neuropathischem Schmerzcharakter sowie psychosozialer Belastungssituation. Aufgrund der deutlichen Sympathikusaktivierung (vermehrtes Schwitzen, Hyperperfusion sowie lokale Kälte) könne in der Gesamtschau mit der aktuellen Schmerzsituation sowie dem initialen OSG-Distorsionstrauma von einem Morbus Sudeck ausgegangen werden (act. 101). Im Bericht vom 3. Oktober 2007 diagnostizierten die untersuchenden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG nachfolgend an eine weitere, u.a. auch röntgenologische Untersuchung vom 1. Oktober 2007, einen Status nach OSG-Distorsion

rechts 2005 mit/bei chronischem Schmerzsyndrom Fuss rechts und Unterschenkel, Status nach Neurolyse Sympathicus L3/4 sowie als DD: Morbus Sudeck. Als Befund wurde insbesondere wieder die teigige Schwellung und livide Verfärbung im Bereich des gesamten Rückfusses und distalen Unterschenkels festgehalten. Die röntgenologische Untersuchung habe einen weitgehend unauffälligen ossären Befund ergeben. Im Bereich der Fusswurzel und des Metatarsus zeige sich eine angedeutete Kalkminderung (DD: Inaktivität, Morbus Sudeck). Eine eindeutige fleckige Aufhellung im Sinn eines Morbus Sudeck sei nicht feststellbar gewesen (act. 117). Im orthopädischen MEDAS-Zusatzgutachten vom 14. September 2007 wurde festgehalten, dass sich an objektivierbaren krankhaften Befunden am rechten Bein aktuell eine ödematöse Schwellung des distalen Unterschenkels mit lebhaftem Palpationsschmerz über der distalen Facies medialis der Tibia finde. Der untersuchende Arzt stellte die Diagnose einer persistierenden venolymphatischen Abflussstörung am rechten Unterschenkel nach Distorsionsverletzung des rechten Sprunggelenks mit Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum deltoideum (IV-act. 54). Im neurologischen MEDAS-Zusatzgutachten vom 20. September 2007 wurde dargelegt, anlässlich der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine auffällige Abkühlung der rechten distalen unteren Extremität mit Betonung im Sprunggelenkbereich gefunden. Auch seien eine leichte bläulich-livide Verfärbung und eine geringfügige teigige Schwellung im Bereich des rechten Sprunggelenks feststellbar. Anlässlich der Behandlung im Spital Grabs vom 18. bis 24. Januar 2007 habe man den Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom des rechten Beins geäußert. Eine Konversionsstörung sei ebenfalls diskutiert worden. Im Rahmen der jetzt durchgeführten neurologischen Begutachtung habe sich darüber hinaus kein wegweisender neurologischer Herd oder Seitenbefund ergeben und auch kein Anhaltspunkt für eine neurologische Systemerkrankung. Zusammenfassend verbleibe es aus neurologischer Sicht beim Eindruck einer persistierenden schmerzhaften sympathischen Reflexdystrophie im rechten Sprunggelenk im Sinn eines komplexen Schmerzsyndroms des rechten Unterschenkels/Fusses, betont im Sprunggelenkbereich. Der Neurologe diagnostizierte eine sympathische Reflexdystrophie des rechten Sprunggelenks (CRPS). Die psychiatrische Fachuntersuchung der MEDAS vom 17. September 2007 ergab keine Anhaltspunkte für eine krankheitswertige psychische Störung. Die Beschwerdeführerin leide an einem chronischen Schmerzsyndrom des rechten Fusses. Eine psychiatrische kausalitätsbegründende Morbidität als Grundlage für diese chronischen Schmerzen könne vorliegend ausgeschlossen werden. Störungsspezifische psychische Symptome würden nicht angegeben. Der psychische Befund sei in allen Qualitäten regelrecht. Eine klassische unbewusste Konfliktkonstellation sei nicht eruierbar. Die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 seien nicht erfüllt. Eine krankheitswertige Depression könne ausgeschlossen werden (IV-act. 53). Im polydisziplinären Gesamtgutachten der MEDAS vom 17. Dezember 2007 wurde sodann geschlossen, somatisch falle eine ödematöse Schwellung des distalen Unterschenkels rechts mit livider Verfärbung der Haut auf. Es bestehe in dieser Region ein ausgeprägter Palpationsschmerz, vor allem über der distalen medialen Fläche der Tibia. Die Beweglichkeit sei aber nicht nennenswert eingeschränkt. Endphasig bestünden Schmerzen. Bereits im Zeugnis von Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2005 werde festgehalten, dass eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Beschwerden bestehe. Dies könne anlässlich der jetzigen Untersuchung bestätigt werden. Vom Orthopäden hätten keine schweren objektivierbaren Veränderungen gefunden werden können. Wohl betone die

Beschwerdeführerin immer wieder, wie heftig die Schmerzen seien, diese liessen sich aber nicht materialisieren. Die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen fixiert. Sie leide an einer Störung des venösen und lymphatischen Rückflusses im Bereich des rechten Unterschenkels. Die Ursache dieser Störung sei nicht klar, es sei mehrfach ein Morbus Sudeck diskutiert worden. Sie habe zu einem Schmerzsyndrom geführt, das subjektiv stark empfunden werde. Die Gutachter diagnostizierten schliesslich eine persistierende venolymphatische Abflussstörung am rechten Unterschenkel nach Distorsionsverletzung des rechten Sprunggelenks - complex regional pain syndrome (IV-act. 51).

3.4 Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. April 2008 (act. 125), dass die über den 1. März 2007 (Datum der Leistungseinstellung) hinaus geklagten Schmerzen im Bereich des rechten Beins durch einen Morbus Sudeck verursacht würden. Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ vom 2. März 2007 (act. 86) sowie das Gesamtgutachten der MEDAS vom 17. Dezember 2007 (IV-act. 51). Das Gesamtgutachten sowie die einzelnen MEDAS-Zusatzgutachten basieren auf Untersuchungen, die im September 2007 und damit nach der Leistungseinstellung durchgeführt wurden. Das Sozialversicherungsgericht beurteilt jedoch die Rechtmässigkeit des angefochtenen Einspracheentscheids in der Regel nach demjenigen Sachverhalt, der zu jenem Zeitpunkt gegeben war. Massgebend sind die rechtserheblichen Tatsachen, wie sie sich bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 10. April 2008 entwickelt haben (BGE 131 V 243 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101 E. 2a). Insofern steht aber nichts dagegen, die MEDAS-Gutachten insoweit in die Beurteilung miteinzubeziehen, als sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestehende Situation erlauben. Allgemein ist im weiteren festzuhalten, dass die MEDAS die Unfallkausalität eines allfälligen Morbus Sudeck nicht konkret zu prüfen hatte. In den MEDAS-Gutachten enthaltene Feststellungen hinsichtlich des Vorliegens eines Morbus Sudeck vermögen dabei dennoch massgebenden Aufschluss über das Vorliegen einer unfallkausalen organischen Unfallfolge zu geben.

3.5 Vorliegend steht fest, dass die Beschwerdegegnerin mit der Ausrichtung von Leistungen (Taggelder und Heilbehandlungskosten) die Unfallkausalität zwischen dem Ereignis vom 12. Februar 2005 und den in der Folge aufgetretenen gesundheitlichen Störungen anerkannte. Ist die Unfallkausalität einmal gegeben, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch auf unfallfremden Tatsachen beruht. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b).

- Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht aufgrund der vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ vom 8. September 2005 (act. 32) und hielt daran auch nach Abheilung der unmittelbaren strukturellen Verletzungen und im Wissen um die diskutierte Diagnose eines Morbus Sudeck fest. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wirft in diesem Zusammenhang zu Recht die Frage auf, inwiefern sich zwischen dieser ersten vertrauensärztlichen Beurteilung sowie derjenigen vom 26. Februar 2007 eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands ergeben hat. Tatsächlich ist eine solche aus den medizinischen Akten nicht ersichtlich, auch wenn sich - worauf in gewissen ärztlichen Berichten hingewiesen wird - ein Morbus Sudeck im Rahmen der

bildgebenden Untersuchungen nicht überwiegend wahrscheinlich nachweisen liess. Sowohl von Dr. H. \_\_\_ am 26. Februar 2007, insbesondere aber auch von den Ärzten, welche die Beschwerdeführerin anschliessend untersuchten, liessen sich jedoch nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung typische Befunde (livide Verfärbung, teigige Schwellung, Palpationsschmerz an der konkreten Körperstelle, vermehrtes Schwitzen, lokale Kälte) für einen Morbus Sudeck erheben. Die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ vom 26. Februar 2007 erklärt nicht, inwiefern diese klinisch erhobenen somatischen Befunde nicht einem Morbus Sudeck zuzuordnen sind. Seinen Standpunkt, eine sich immer mehr ausdehnende psychische Fehlverarbeitung habe die reinen Unfallfolgen in den Hintergrund treten lassen, relativiert er selbst damit, dass er die psychische Fehlverarbeitung nicht im Detail erklären könne, und eine psychiatrische Evaluierung für notwendig erachtete. Im Rahmen der psychiatrischen MEDAS-Zusatzbegutachtung vom 17. September 2007 bestätigte sich seine Diagnose nicht. Da nicht anzunehmen ist, dass sich die psychiatrische Situation der Beschwerdeführerin im dazwischen liegenden halben Jahr massgeblich verändert hat, entfällt die von Dr. H. \_\_\_ angeführte einzige Begründung für das Wegfallen unfallkausaler organischer Gesundheitsschäden, und es leuchtet ein, wenn die Beschwerdegegnerin zum Schluss kommt, dass bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit bestehe (vgl. IV-act. 79). Die Ärzte der MEDAS anerkennen im übrigen eine Störung des venösen und lymphatischen Rückflusses im Bereich des rechten Unterschenkels, ohne sich jedoch über die Ursache dieser Störung klar zu werden. Hier tritt nun die Beurteilung des neurologischen Fachgutachters der MEDAS hervor, für den sich die Störung nur noch mit dem Vorliegen eines CRPS erklären lässt. Schliesslich ist noch einmal festzuhalten, dass in den medizinischen Akten praktisch lückenlos ein Morbus Sudeck diskutiert - teilweise uneingeschränkt bestätigt oder immerhin als Verdachts- oder Differentialdiagnose vermerkt - worden ist.

3.6 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass eine Beeinträchtigung des Heilungsverlaufs durch einen Morbus Sudeck im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (1. März 2007) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Der notwendige Beweis für eine Leistungseinstellung ist damit von Seiten der Beschwerdegegnerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht. Demgemäss hat sie über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

#### **E. 4**

Entsprechend den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; 830.1]). Hingegen hat die Beschwerdeführerin bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist wie in gleichartigen Fällen auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 10. April 2008 aufgehoben. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen.