

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/51 vom 25. August 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_51

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/51 du 25 août 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/51 del 25 agosto 2010

Regeste

Art. 6 UVG. Fallabschluss zu früh erfolgt. Parallel waren noch neurologische Abklärungen am Laufen und Therapiemöglichkeiten unausgeschöpft. Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. August 2010, UV 2009/51).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere als die verfügte Invalidenrente hat. Dabei steht im Vordergrund, ob die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers medizinisch genügend abgeklärt und die Unfallkausalität für die Ermittlung des Invaliditätsgrads richtig beurteilt worden sind. Nicht beanstandet wurde dagegen der Einkommensvergleich als solcher. Vorweg ist nachfolgend zuerst jedoch die Frage zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenfestlegung (1. Juli 2008) noch eine Behandlungsbedürftigkeit bestand oder die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem medizinischen Endzustand ausging. 1.2 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier 16. April 2009) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 4 E. 1.2 und 129 V 169 E. 1, je mit Hinweis). Berichte, welche nach diesem Zeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, sofern sie Rückschlüsse in Bezug auf die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestehende Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b, 99 V 102, je mit Hinweisen). Soweit Berichte über nachträgliche Veränderungen als Folge einer Operation oder weiterer medizinischer Behandlungen eingereicht werden, wäre daher im Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht auf sie abzustellen. Sie könnten allenfalls zu einer Revision Anlass geben. Da die im Anschluss an den Einspracheentscheid vom 16. April 2009 durch das KSSG dokumentierten neurologischen Abklärungsergebnisse (Suva-act. 192, 193), die von der IV-Stelle veranlassten Gutachten vom 11. Juli und 10. August 2009 (Suva-act. 195) und der Bericht von Dr. H.____ vom 26. November 2009 (act. G 18.1) auch Aussagen enthalten, welche auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Einspracheentscheids schliessen lassen, und es angesichts der vorliegend ebenfalls zu prüfenden Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands gerechtfertigt erscheint, auch nach dem genannten Zeitpunkt eingetretene Umstände in die Gesamtwürdigung einzubeziehen, spricht nichts gegen ihre Berücksichtigung.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) sowie die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen) im Einspracheentscheid vom 16. April 2009 zutreffend dargelegt (vgl. Erwägung 1). Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über den Beweiswert von Arztberichten und Gutachten (vgl. Erwägung 2; vgl. hierzu im Übrigen auch BGE 135 V 465). Darauf ist zu verweisen.

2.2 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1; 123 V 43 E. 2a, je mit Hinweisen). Wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch der Wegfall eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt.

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. An die Beweiswürdigung sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

E. 3

3.1 Der Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind.

Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Vorliegend bestand nach Dr. H. ___ gestützt auf die Untersuchungen vom 30. Oktober 2007 weiterhin eine Defektsymptomatik im rechten Sprunggelenk. Er ging von einer isolierten Schädigung des Nervus tibialis aus, am ehesten in Höhe des proximalen Sprunggelenks, Malleolus medialis mit chronisch neurogenen Veränderungen im Sinn einer Defektheilung. Im Vergleich zum elektrophysiologischen Befund des KSSG vom März 2006 zeige sich nun eine verbesserte Reinnervation der kleinen Fussmuskulatur, am ehesten im Sinn eines abgeschlossenen Prozesses, mit Zeichen der recht guten Reinnervation (Suva-act. 138). Der Versicherungsmediziner Dr. I. ___ beurteilte den Fall am 9. Januar 2008 aus orthopädischer Sicht gestützt auf die vorangegangenen Abklärungen sowie die am 7. November 2007 vom Case Manager der Suva getätigten Fotografien des rechten Fusses in verschiedenen Stellungen. Er befand, dass auf der Basis einer osteosynthetisch versorgten, nun jedoch in leichter Fehlstellung verheilten Pilon-tibial- und lateralen Malleolarfraktur eine mässige OSG-Funktionseinschränkung und eine radiologisch deutliche Inkongruenz im OSG mit beginnender medialer Arthrose und Überlastungsanzeichen mit entsprechenden Bewegungs- und Belastungsschmerzen verblieben waren, die lokal auf Grund dieses Befunds objektiviert seien (Suva-act. 140). Weitere Behandlungsmöglichkeiten erwähnte er keine (vgl. Suva-act. 140). Der Suva-Neurologe Dr. J. ___ leitete am 1. Februar 2008 aus den vorliegenden klinisch-neurologischen und klinisch-neurophysiologischen Untersuchungsergebnissen ab, dass eine unfallbedingte Schädigung des Nervus tibialis mit Läsionsort in Höhe des Malleolus medialis wahrscheinlich sei. Die typische Befundkonstellation für ein Tarsaltunnelsyndrom sei demgegenüber in keinem der vorliegenden Arztberichte dokumentiert. Falls Ende 2005 ein atypisches Tarsaltunnelsyndrom rechts manifest geworden wäre (wofür keine sicheren Hinweise vorlägen), könnte dies ebenfalls als indirekte Unfallfolge gesehen werden. Auf Grund der nachvollziehbaren Begründung von Dr. H. ___, es sei bei einer axonalen Schädigung des Nervus tibialis ein Reinnervationsprozess im Bereich der plantaren kleinen Fussmuskulatur anzunehmen, könne geschlossen werden, dass es bezüglich distaler Anteile des Nervus tibialis zu einer Neuroapraxie oder höchstens zu einer Axonotmesis gekommen sei, nicht aber zu einer Neurotmesis. Da keine andere Ursache als der Unfall vom 12. September 2005 und die nachfolgend notwendigen Operationen für eine solche Schädigung zu eruieren sei, könne aus neurologischer Sicht die Unfallkausalität mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Die von Dr. H. ___ beschriebene Flexionsstellung der fünf Zehen des rechten Fusses könne als Folge dieses peripheren Nervenschadens aufgefasst werden, im Sinn einer sekundären Kontraktur von ligamentären Strukturen plantarseitig. Die darüber hinaus in den verschiedenen Arztberichten beschriebenen auffälligen Befunde, wie z.B. eine "Hypopathie des gesamten Fusses im sensiblen Versorgungsgebiet sowohl des Nervus peroneus, als auch des Nervus tibialis rechts, einer Verkürzung des Musculus flexor hallucis longus oder einer eingeschränkten Sprunggelenkbeweglichkeit" könnten jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit als neurologische Unfallfolgen eingeschätzt werden. Darüber hinaus liessen die Berichte an eine funktionelle (psychisch bedingte) Schmerzverarbeitungsstörung und eine Symptomausweitung denken. Zudem könne auf Grund der in den Arztberichten dargelegten Symptome und Befundbeschreibungen aus neurologischer Sicht ein CRPS II nicht mit Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden. Da in den Befunden jeweils nur einzelne diagnostische Kriterien positiv beschrieben worden seien, könne im Zusammenhang mit dem Unfall höchstens der Verdacht auf ein CRPS II gestellt werden. Aus neurologischer Sicht sah Dr. J. ___ kein Erfordernis für weitere diagnostische

Massnahmen zur Abklärung der Unfallfolgen. Therapeutisch sei bezüglich der teilweise in Regeneration befindlichen peripheren Nervus tibialis-Schädigung rechts keine Therapie vorstellbar, die zu einer Restitutio ad integrum führen könnte. Im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzbehandlung sei auch eine kontinuierliche Mitbehandlung mit Medikamenten gegen neuropathische Schmerzen zur Beschwerdelinderung anzuwenden. Die beschriebenen Verkürzungen von ligamentären Strukturen im Bereich der Fusssohle, möglicherweise aber auch im Bereich des Sprunggelenks könnte mit physiotherapeutischen Massnahmen angegangen werden. Hinsichtlich des Integritätsschadens auf neurologischem Gebiet werde eine Schätzung nach Vorlage der noch anzufordernden Berichte über die zwischenzeitliche Schmerztherapie (und allfälliger weiterer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen) erfolgen können (Suva-act. 141).

3.2 Gestützt auf seine Untersuchung vom 4. September 2008 hielt Dr. med. O.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), die Beschwerden primär als durch die Läsion des Nervus tibialis und den Morbus Sudeck bedingt. Wahrscheinlich habe sich auch eine beginnende Arthrose des OSG bei Inkongruenz ausgebildet. Letztlich scheine der Beschwerdeführer aber auch an einer Schmerzstörung zu leiden, weshalb ein operatives Vorgehen nicht ratsam sei. Die Frage der Höhe einer Integritätsentschädigung sowie einer allfälligen Rente sollte seiner Meinung nach im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens beantwortet werden (Suva-act.178). Am 7. Januar 2009 stellte Dr. E.____ gestützt auf die Akten sowie eigene Untersuchungsbefunde fest, dass die Aussagen der Beschwerdegegnerin bezüglich dem "medizinischen Zustand" kaum mit der Beurteilung der Klinik St. Gallen (wohl des KSSG) im Einklang stehe. Die Beurteilung von Dr. I.____ in Bezug auf die zumutbaren Tätigkeiten würde die Läsion des Nervus tibialis und die Fehlstellung des Fusses und dessen Grosszehe nicht genügend in Betracht ziehen, sei viel zu optimistisch bzw. irreführend. Im Vergleich zu den Berichten von Anfang 2008 von Dr. J.____ und Dr. I.____ falle heute die Gangart auf, die eindeutig schlechter als im Jahr 2006 sei, als er den Beschwerdeführer zum ersten Mal gesehen habe. Diese scheine in Relation mit der zunehmenden Kontraktur in Plantarflexion des Fusses und des Grosszehens zu stehen. Diese Fehlstellung wie auch die Neigung zum Hinken hätten eindeutig zugenommen. Es stehe fest, dass nun eine Arthrose vorliege, eine Schädigung eines Nervs an einer beweglichen Stelle und eine Kontraktur, welche die Gangart des Patienten eindeutig behindere. Theoretisch sei dagegen eine Arthrodesse des OSG mit Korrektur der Fussstellung und gleichzeitiger Korrektur der Grosszehen-Fehlstellung vorzuschlagen. Allerdings spreche die Tatsache dagegen, dass die Schmerzen seit über zwei Jahren andauern würden und die Fixation zentral möglich sei. Somit könne nicht behauptet werden, dass die Sanierung sicher zu einer Verbesserung des Zustands führe. Schliesslich bestritt Dr. E.____, dass die Berechnung der Rentenhöhe korrekt erfolgt sei, da dabei von einer normalen Fussanatomie und -stellung ausgegangen worden sei. Mit der heutigen Veränderung sei eine normale Gehfähigkeit sicherlich ausgeschlossen (Suva-act. 181).

3.3 Im Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 11. Juni 2009 hielt Oberarzt Dr. med. P.____ eine deutliche Befundbesserung mit Amplitudenzunahme im Bereich des distalen Nervus tibialis rechts mit weiterhin bestehendem axonalem Substanzverlust von ca. 75% fest. Formal handle es sich um einen gebesserten Nervenbefund. Zusätzlich zeige sich im Bereich des rechtsseitigen Nervus peroneus eine leichte Amplitudenminderung in den Vorbefunden, welche im Rahmen einer vorbestehenden Nervus peroneus Läsion gewertet werden könne. Formal bestünden keine klaren autonomen Störungen mit signifikanter Temperaturdifferenz der Hautoberfläche an beiden Unterschenkeln. Da der Beschwerdeführer jedoch über ein unterschiedliches

Temperaturverhalten beider Extremitäten berichte, müsse angenommen werden, dass wahrscheinlich ein Residualzustand nach CRPS Typ II bei adäquater Nervenverletzung im Bereich des rechten Unterschenkels und Fusses bestehe (Suva-act. 193). Schliesslich fänden sich keine elektrophysiologischen Hinweise für die Läsion des Nervus ischiadicus oder eine Radikulopathie im Bereich L5 rechts als Ursache der ausgeweiteten Sensibilitätsstörungen der Lumbalgien (Suva-act. 192). Dr. H.____ beurteilte den Zustand des Beschwerdeführers sodann noch einmal mit Untersuchung vom 18. November 2009 im Sinn einer Zusatzexpertise zu derjenigen des KSSG. Bezogen auf den KSSG-Bericht vom 11. Juni 2009 befand er, dass eine Restfunktion des Nervus tibialis von 25% wirklich nicht als "gut" bezeichnet werden könne. Weiter hielt er fest, es bestehe aktuell ein ähnlicher, jedoch progredienter neurologischer Befund, wie er ihn bereits im Oktober 2007 erhoben habe. Letztendlich bestehe beim Beschwerdeführer ein neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Beines, vorwiegend im Fussbereich bei Status nach Sprunggelenksfraktur mit Aussenknöchelfraktur. Des Weiteren zeige sich eine periphere Nervenschädigung vorwiegend des Nervus tibialis rechts. Der Nerv sei zwar in seiner Kontinuität erhalten, jedoch bestehe auch hier eine hochgradige axonale Schädigung. Problematisch sei weiterhin die Neuropathie mit neuropathischen Schmerzen, in chronifizierter Form mit hierdurch bedingter Fehlinnervation des rechten Fusses. Letztendlich bestehe auch ein pathologisches Gangbild, welches im Verlauf zu lumbovertebralen Beschwerden führen werde. Zur Behandlung des chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndroms sollte nochmals ein Therapieversuch mit Saroten 25mg und Lyrica erfolgen. Zwar gehe er letztendlich von einer Defektheilung aus, dennoch sollte eine Linderung der neuropathischen Schmerzen zu erreichen sein und ein Arbeitsversuch mit einer Arbeitsbelastung von wahrscheinlich eher grenzwertigen 50% fortgeführt werden. Von neurologischer Seite her sehe er eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50% (act. G 18.1).

3.4 Dr. N.____ führte in ihrem Gutachten die vorangegangenen Untersuchungsbefunde und Diagnosen zwar detailliert und ausführlich auf, hielt sich in Bezug auf die eigenen Befunde der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 29. Juni 2009 sowie der ganzheitlichen Beurteilung aber relativ knapp. In rheumatologischer Hinsicht sah sie keine die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mindernde Diagnosen, sondern attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (Suva-act. 195).

3.5 Weder zum Bericht von Dr. H.____ noch zur Verlaufsbeurteilung der Klinik für Neurologie des KSSG, zur Beurteilung von Dr. E.____ oder zum interdisziplinären IV-Gutachten bezog der medizinische Dienst der Beschwerdegegnerin Stellung. Lediglich in der Beschwerdeantwort vom 17. September 2009 wurde durch den Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin auf den neurologischen Bericht des KSSG verwiesen und gestützt darauf geltend gemacht, dass hinsichtlich der Schädigung des Nervus tibialis eine deutliche Verbesserung eingetreten sei und für die unfallfremden Rückenbeschwerden und die Hypästhesie des rechten Beines kein organisches Substrat habe objektiviert werden können. Vielmehr sei auf eine Symptom- und eine Schmerzausweitung geschlossen worden, welche psychischen Ursprungs seien. Bezüglich der Beurteilung von Dr. H.____ vom 7. Dezember 2009 verlangte sie sodann die prozessuale Nichtberücksichtigung, da jene Ausführungen auf Untersuchungen vom 18. November 2009 beruhen würden und nach dem Einspracheentscheid eingetretene Veränderungen nicht Prozessthema sein könnten. - Dies vermag vorliegend jedoch, wie schon in Erwägung 1.2 ausgeführt, nicht zu überzeugen.

3.6 Angesichts der auf den Unfall zurückzuführenden somatisch bedingten Einschränkungen befand Dr. I.____ sämtliche Arbeiten, die langes Stehen, mittlere oder

längere Gehstrecken, häufiges Treppen- und Leiternsteigen und Heben und Tragen von Lasten über 10kg in häufigem Ausmass beinhalten würden, für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine diese Einschränkungen berücksichtigende Tätigkeit hielt er jedoch ganztags für möglich und zumutbar (Suva-act. 140). Auch Dr. J.____ sah aus neurologischer Sicht Tätigkeiten, die eine längere Gehbelastung, insbesondere mit Tragen von Lasten beinhalte, zukünftig nur sehr eingeschränkt als vorstellbar. Im Weiteren werde der Zehenstand rechtsseitig dauerhaft erheblich eingeschränkt bleiben. Daher sei eine ganztägige, überwiegend sitzende Tätigkeit mit zwischenzeitlichen kurzen Gehstrecken mit den neurologischen Unfallfolgen vereinbar (Suva-act. 141). Dr. N.____ befand mit Verweis auf diese Berichte, dass die Zumutbarkeitsbeurteilung detailliert sei und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in ausgezeichneter Weise beschreibe, weshalb sie ihr nichts mehr anzufügen hatte (vgl. Suva-act. 193).

3.7 Aus den Akten ergibt sich, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft waren. So sah Dr. J.____ - abgesehen von der peripheren Nervus tibialis-Schädigung, welche keiner Therapie zugänglich sei - die Möglichkeit die peripher-neuropathischen Beschwerden des Beschwerdeführers im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzbehandlung und die Verkürzungen der ligamentären Strukturen im Bereich der Fusssohle sowie möglicherweise auch im Bereich des Sprunggelenks mittels physiotherapeutischer Massnahmen anzugehen (Suva-act. 141 S. 5). Dr. H.____ empfahl zur Behandlung der chronifizierten neuropathischen Schmerzen ebenfalls eine Medikationstherapie und ging dabei von einer guten Beschwerdelinderung aus (act. G 18.1). Schliesslich hielt auch Dr. N.____ fest, dass bisher noch nie eine konsequente medikamentöse Schmerztherapie nach dem Dreistufenschema der Behandlung chronischer Schmerzen durchgeführt worden sei, weshalb eine wichtige Therapie-Option noch nicht ausgeschöpft worden sei. Ausserdem kenne der Beschwerdeführer keine gymnastischen Übungen, um seine Beschwerden zu lindern, sollte solche aber noch erlernen (Suva-act. 195). Damit konnte im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass von der Fortführung einer medikamentösen, schmerz- und physiotherapeutischen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mehr erwartet werden konnte. Demzufolge ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Fall zu früh abgeschlossen hat.

E. 4

4.1 Im Weiteren zeigen diese medizinischen Akten Widersprüche und Unklarheiten auf, die auch durch die IV-Begutachtung nicht geklärt worden sind. So kritisierte Dr. E.____ mit Bericht vom 7. Januar 2009 die Ausführungen von Dr. I.____ in Bezug auf die zumutbaren Tätigkeiten als viel zu optimistisch. Ausserdem hätten die Fehlstellung sowie die Neigung zum Hinken nach seinem Befund eindeutig zugenommen. Des Weiteren widersprach auch Dr. H.____ in der Beurteilung vom 26. November 2009 dem KSSG-Bericht vom Juni 2009, indem er die dort als eher positiv dargestellte Restfunktion des Nervus tibialis von 25% bedeutend schlechter beurteilte und zudem eine Progredienz festhielt. Da der medizinische Laie hieraus aber keine Schlüsse zu ziehen befugt ist, hätte die Beschwerdegegnerin zumindest ihren medizinischen Dienst bzw. allenfalls eine externe Fachperson zur Klärung einschalten müssen.

4.2 Ebenfalls unklar ist die Aktenlage hinsichtlich des Vorliegens eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS). Synonym verwendete Bezeichnungen dieser Gesundheitsstörung sind insbesondere Morbus Sudeck, sympathische Reflexdystrophie sowie Algodystrophie. Das CRPS ist dadurch

gekennzeichnet, dass es nach äusserer Einwirkung (z.B. Traumen, 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 (vgl. Wikipedia - Komplexes regionales Schmerzsyndrom; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 1859; MSD-Manual, Urban & Fischer, 2000, S. 1664). Am 14. Juli 2006 wies Dr. D.____ auf eine deutlich leicht livid-rötliche Verfärbung des Fusses hin und entnahm den Röntgenbildern eine leichte Inkongruenz im OSG, Pseudarthrosen Volkman und Fibula sowie fleckenförmige Entkalkungen. Er befand, dass es sich dabei im Moment um einen Morbus Sudeck handle, der zuerst therapiert werden müsse (Suva-act. 71). Auch Dr. med. Q.____, Röntgeninstitut und MR-Zentrum Dres. C.____, R.____, T.____, hielt am 16. Oktober 2007 fest, die fleckförmige Osteopenie lasse sich als Hinweis auf einen Morbus Sudeck abgrenzen (Suva-act. 127). Laut Bericht von Dr. med. U.____, Chefarzt des Zentrums für Fusschirurgie der Schulthess Klinik, vom 7. Dezember 2006 stand die Läsion des Tibialisnervs zwar in einem wichtigen Zusammenhang mit den geklagten Schmerzen. Er schloss aber auch eine Residualsymptomatik des Morbus Sudeck nicht aus (Suva-act. 92). Am 9. Juli 2007 konnten in der Neurochirurgie des KSSG keine Verfärbung, Schwellung oder vermehrtes Schwitzen und nur leicht atrophisch erscheinende Hautverhältnisse festgestellt werden (Suva-act. 117). Im Vergleich zu den Voruntersuchungen zeigten die Röntgenbilder vom 16. Oktober 2007 eine rückläufige fleckförmige gelenknahe Osteopenie und keine Morbus Sudeck-Zeichen mehr (Suva-act. 128). Demgegenüber ergab sich im gleichentags durchgeführten 3-Phasen-Teilkörperskelettszintigramm eine deutlich verzögerte Durchblutung des rechten Unterschenkels und Fusses, was gemäss dem auswertenden Arzt als Hinweis für einen Morbus Sudeck im Stadium der Athrophie gedeutet wurde (Suva-act. 129). Gestützt auf diese Arztberichte folgerte Dr. J.____, dass aus neurologischer Sicht ein CRPS II nicht mit Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden könne, da jeweils nur einzelne diagnostische Kriterien positiv beschrieben worden seien. Daher könne höchstens der Verdacht auf einen CRPS II gestellt werden. Im neuesten Bericht von Dr. H.____ vom 26. November 2009 wurde demgegenüber ein "Status nach CRPS" und im IV-Gutachten vom 11. Juli 2009 ein "Status nach CRPS Typ II" (hier jedoch nur als Differentialdiagnose aufgeführt) ohne weitergehende Ausführungen erwähnt. Der Morbus Sudeck zeichnet sich durch ein sehr heterogenes Krankheitsbild mit unterschiedlicher Ausprägung verschiedener Symptome aus. So können neben den genannten Beschwerden organischer Natur auch psychische Symptome (Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierungstendenz, Aggressionshemmung und emotionale Labilität) gehäuft auftreten. Die psychischen Symptome sind nachweislich Folge und nicht Ursache der Erkrankung (www.dr-gumpert.de/html/morbus_sudeck.html, Abfrage vom 9. September 2010). Nachdem also die Würdigung der gesamten Umstände betreffend das Vorliegen eines CRPS bzw. Morbus Sudeck eine Aktenlage aufzeigt, welche als unklar zu bezeichnen ist, erscheint es gerechtfertigt, auch diesbezüglich nochmals eine Beurteilung durch den ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin einzuverlangen. Dies insbesondere auch mit Blick auf die Adäquanzbeurteilung allfälliger psychischer Unfallfolgen. Treten nämlich in Folge eines nachgewiesenen Morbus Sudeck bzw. eines CRPS sekundäre psychische Störungen hinzu, ist zu beachten, dass die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, einem Morbus Sudeck grundsätzlich zugebilligt werden muss und sich insofern das Erfordernis einer Begutachtung ergibt (vgl. dazu E. Wehking: Das komplexe regionale Schmerzsyndrom [CRPS] in Abgrenzung psychogener Störungen, in:

Versicherungsmedizin 59 [2007] Heft 1; Urteil des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 27. Juli 2007 i/S G.V. [2006/89] und vom 18. Oktober 2005 i/S K.M. [UV 2005/28]). Hinzu kommt, dass exzessive Dauerschmerzen, verstärkt durch Bewegung und Berührung, gerade ein typisches Symptom eines Morbus Sudeck darstellen und die Behandlung eines solchen oft langwierig und für den Patienten frustrierend, weil therapierefraktär ist (vgl. dazu Alfred Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 695).

4.3 Auf Grund der ebenfalls geklagten lumbalen Beschwerden erfolgte am 16. August 2007 ein MRI der Wirbelsäule (Th12-S2). Dieses ergab pansegmentale Discopathien in den Segmenten L4-S1 mit geringen ventralen Osteochondrosen, geringgradig ausgeprägte bilaterale Spondylarthrosen, im Segment L4/5 und noch geringer ausgeprägt im Segment L5/S1 den Duralschlauch lediglich flach einengende Diskushernien sowie ein Wirbelkörperhämangiom in L2. Für eine Nervenwurzelkompression fehlte ein Nachweis (Suva-act. 139). Dr. H.____ wies darauf hin, dass sich auf Grund der (Fuss-)Schmerzen und der Fehlbelastung zunehmend lumbovertbrale Beschwerden aber auch zervikale Beschwerden ausbilden würden. Er diagnostizierte dementsprechend eine sekundäre Beschwerdesymptomatik mit lumbovertebralem Schmerzsyndrom, Verspannungen und Schmerzen im HWS-Bereich sowie eingeschränkter Dorsalflexion rechter Fuss mit Grosszehenheberparese rechts (Suva-act. 138). Demgegenüber waren laut Dr. J.____ sämtliche Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) aus neurologischer Sicht nicht in einen wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit neurologischen Unfallfolgen zu bringen. Beschwerden im Lumbalbereich und möglicherweise auch radikuläre (d.h. nervenwurzelabhängige) Schmerzen bis in den Fussbereich könnten mit degenerativen (krankheitsbedingten) Veränderungen, wie sie in der Bildgebung der LWS erkennbar seien, erklärt werden (Suva-act. 141). Auch Dr. P.____ hielt fest, dass keine Anzeichen einer Läsion des Nervus ischiadicus oder eine Radikulopathie im Bereich der lumbalen Radices weder klinisch noch elektrophysiologisch hätten verifiziert werden können, weshalb kein klinisch-neurologisches Korrelat für die beklagten, in das rechte Bein ausstrahlenden Rückenschmerzen und zirkulär begrenzte Hypästhesie des rechten Beines inklusiv Gesässregion bestünden. Postuliert werden müsse hier eine Symptom- und Schmerzausweitung im Rahmen des erlittenen Traumas (Suva-act. 193 S. 4). Dr. I.____ befand das Lumbovertebralsyndrom aus orthopädischer Sicht als auf mehrsegmentalen Bandscheibendegenerationen mit Entwässerung insbesondere L4/5 und L5/S1 basierend, mit subligamentärer kleiner Diskushernie L4/5 ohne Beeinträchtigung von Spinalkanal oder Nervenwurzeln sowie den als Nebenbefund den Wirbelkörper L2 ausfüllenden Tumor (differentialdiagnostisch am ehesten ein Hämangiom oder Lipom) als unfallfremd und krankhaft wie auch durch den Unfall nicht verschlimmert (Suva-act. 149). Zwar liegen hier keine ärztlichen Beurteilungen vor, welche von einer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorhandenen Unfallkausalität der bisher geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule ausgehen. Offen und daher abzuklären bleibt dennoch, inwiefern bzw. in welchem Ausmass das pathologische Gangbild beim Beschwerdeführer allenfalls schon heute zu lumbovertebralen Beschwerden geführt hat, wie von Dr. H.____ wiederum im Bericht vom 26. November 2009 in Aussicht gestellt wurde (vgl. act. G 18.1).

4.4 Auf Grund dieser offenen Fragen wird die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht nach deren Klärung auch nochmals zur Höhe der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit Stellung beziehen müssen. Nachdem Dr. H.____ in seinem jüngsten Bericht zwar bereits eine Einschätzung in Höhe von

50% festhielt (vgl. act. G 18.1), dabei aber nicht zwischen den angestammten und möglichen angepassten Tätigkeiten unterschieden hat, wird darauf nicht weiter abzustellen sein. Die Beschwerdegegnerin wird sich aber allenfalls die Frage stellen müssen, ob in die neue Beurteilung auch einfließen soll, dass sich der Beschwerdeführer bisher weigerte, sich auf bestimmte Therapieformen einzulassen, sei es u.a. auf das vom Palliativzentrum des KSSG vorgeschlagene Schmerzcoaching (vgl. Suva-act. 136) oder eine stationäre Rehabilitation zur medikamentösen Einstellung (vgl. Suva-act. 136, 137). 4.5 Nicht zu überzeugen vermögen hingegen die Vorbehalte des Beschwerdeführers hinsichtlich bestimmter Feststellungen im rheumatologischen Gutachten von Dr. N.____ vom 11. Juli 2009. Hierzu ist festzuhalten, dass ihre Feststellung, gewisse Medikamenteneinnahmen seien durch Laborwerte nicht nachweisbar, weder nachweislich durch den Hausarzt widerlegt, noch die Angabe des Beschwerdeführers, selber eine halbe Stunde Auto fahren zu können (Suva-act. 195, Teilgutachten vom 11. Juli 2009 Ziff. 3.2), falsch wiedergegeben wurden. Auch dass es sich beim Beschwerdeführer um einen "kräftigen" Mann handle, steht nicht im Widerspruch zu seinem schlanken Körperbau, besitzt er gemäss Bioimpedanz-Analyse doch immerhin eine beträchtlich über dem Normwert (40%) liegende Muskelmasse von 56.4% (Suva-act. 195 Ziff. 6).

E. 5

Ausgewiesen sind beim Beschwerdeführer auch psychische Beeinträchtigungen. Ab 31. Oktober 2006 ging er monatlich und ab Januar 2008 in Abständen von vierzehn Tagen zu Dr. K.____ bzw. später zu Dr. med. V.____ (Suva-act. 183, RAD vom 10. Dezember 2008) zur psychotherapeutischen Behandlung. Mit Bericht vom 14. November 2006 hielt Dr. F.____ fest, der Beschwerdeführer zeige als psychische Reaktion auf die aus dem Unfall resultierenden Belastungen ein klinisch erheblich ängstlich-depressives Syndrom, klassifikatorisch am ehesten einer Anpassungsstörung entsprechend (Suva-act. 89). Am 8. Mai 2007 diagnostizierte Dr. K.____ eine inadäquate Krankheitsbewältigung im Sinn einer depressiven Entwicklung und einer Zunahme der Schmerzsymptomatik (Suva-act. 108, 149). Laut Gutachten von Dr. M.____ leidet der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.11), sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. einer Einschränkung derselben um 50% (Suva-act. 195, Gutachten vom 10. August 2009 Ziff. 9.1.1, 9.2.3). Hier wird sodann nach Durchführung der weiteren somatischen Abklärungen zu prüfen sein, ob diese psychischen Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 12. September 2005 in einem adäquat-kausalen Zusammenhang stehen. Der Entscheid über die Notwendigkeit einer erneuten psychologischen Abklärung allenfalls im Sinn einer interdisziplinären Begutachtung wird vom medizinischen Dienst zu fällen sein.

E. 6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass insgesamt von einer unstimmigen Aktenlage und nicht vom Vorliegen schlüssiger Beweisgrundlagen auszugehen ist. Nachdem jedoch bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit ärztlicher Feststellungen ergänzende Abklärungen erforderlich machen (vgl. E. 3.3), ist die Angelegenheit zur Stellungnahme des medizinischen Dienstes und allfälligen Veranlassung einer erneuten Begutachtung des Beschwerdeführers hinsichtlich andauernder somatischer Unfallrestfolgen, allenfalls auch bezüglich sekundärer psychischer Gesundheitsstörungen, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Anschluss an die Prüfung der kausalen Unfallrestfolgen wird die

Beschwerdegegnerin auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und den Bedarf an weiteren zweckmässigen Heilbehandlungen bzw. die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen der unfallversicherungsrechtlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld bzw. allenfalls die mittlerweile eingetretene Rentenfrage) zu prüfen haben.

E. 7

Auf Grund dieser Ausführungen ist die Beschwerde vom 18. Mai 2009 dahingehend gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. April 2009 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Angesichts der Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von Fr. 3'500.-- einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer angemessen. Bei diesem Prozessausgang wird das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsverbeiständung gegenstandslos. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 16. April 2009 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinn der Erwägungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer zu erbringen. 4. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung wird als gegenstandslos abgeschrieben.

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