

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/45 vom 21. Oktober 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_45

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/45 du 21 octobre 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/45 del 21 ottobre 2013

Regeste

Art. 18 und 19 UVG. Art. 16 ATSG. Frage, ob durch weitere Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erreichen ist. Rentenprüfung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Oktober 2013, UV 2012/45). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013.

Erwägungen

E. 1.1

Streitig ist, ob die von der Beschwerdegegnerin im Nachgang zum Ereignis vom 10. September 2008 erbrachten Leistungen (Taggelder) zu Recht auf Ende August 2011 eingestellt wurden und, wenn ja, ob der Beschwerdeführerin für die Folgezeit eine Rente zuzusprechen ist. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Nach Art. 6 ATSG bedeutet Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Steht fest, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat der Versicherungsträger sie dazu aufzufordern und ihr zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Taggeld geschuldet bleibt (RKUV 2000 Nr. KV 112 S. 122 E. 3a [K 14/99] mit weiteren Hinweisen). Diese Übergangsfrist ist in der Regel auf drei bis fünf Monate zu bemessen (RKUV 2005 Nr. KV 342 S. 358 [K 42/05]). Die versicherte Person hat im Weiteren Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt

(BGE 134 V 109 E. 2.1; 127 V 102 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil 8C_806/2007 vom 7. August 2008, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 2.1

Im Bericht vom 3. Januar 2011 diagnostizierte Dr. med. K.____, Orthopädie am Rosenberg, einen Status nach OSG-Arthroskopie am 25. Oktober 2010 mit Läsion eines sensiblen Endastes des Nervus peroneus superficialis am lateralen Arthroskopieportal und hielt unter anderem fest, es bestehe seines Erachtens eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den zu erhebenden objektiven Befunden. Der Arzt stellte eine vertrauensärztliche Untersuchung und eine stationäre Rehabilitation für eine ganzheitliche Beurteilung zur Diskussion (UV-act. M18). Am 22. Februar 2011 bestätigte Dr. med. L.____, Allgemeine Medizin FMH, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 2001 bis 2007 unter anderem wegen eines myofaszialen Schmerzsyndroms zerviko-brachial rechts, einer somatoformen Schmerzstörung, einer leichten bis mittleren Depression und einer langjährigen Migräne mit Spannungskopfschmerz in Behandlung gestanden habe (UV-act. M21; vgl. auch UV-act. M26, M27). Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis mit der Beschwerdeführerin auf Ende April 2011 (UV-act. A21). Dr. med. M.____, Orthopädie am Rosenberg, St. Gallen, stellte am 24. Juni 2011 die Diagnose eines Narbenneuroms als Folge der letzten Operation und bat um Kostengutsprache für eine Neurolyse bzw. Neuromversorgung eines Seitenastes des Nervus suralis rechts (UV-act. M40). In der Zeit von Februar bis August 2011 hatte die Beschwerdeführerin immer wieder erklärt, dass sie nur noch offene Schuhe und kurze Hosen tragen und nicht mehr Auto fahren könne. Sie könne kaum mehr gehen und sei im Alltag stark eingeschränkt (UV-act. A19, A24, A26, A27, A32, A33, A36, A37). Dr. med. N.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 9. Juli 2011, im Jahr 2004 habe die Beschwerdeführerin ihre damalige Tätigkeit wegen Kopfschmerzen, Schmerzen im rechten Arm und psychischen Problemen aufgeben müssen. Nach dem Unfall vom 10. September 2010 (richtig: 2008) sei es erneut zum Ausbruch einer Depression gekommen. Es liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine Anpassungsstörung nach einem "Beinbruch mit schlechter Heilung" und eine generalisierte Angststörung vor. Durch die bisherige Therapie sei es zu keiner namhaften Besserung gekommen. Die Symptome hätten sich bis jetzt als therapieresistent erwiesen. Es sei weiter mit Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (UV-act. M41).

E. 2.2

Im Mai und Juni 2011 war die Beschwerdeführerin an insgesamt zehn Tagen observiert worden. Im Ermittlungsbericht vom 30. Juni 2011 wurden die Ergebnisse festgehalten (UV-act. A38). Der beratende Arzt Dr. med. O.____ hielt in der Stellungnahme vom 12. Juli 2011 fest, aufgrund des Videomaterials (Observation) bestehe eine massive Diskrepanz zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den Observationsergebnissen. Es stelle sich die Frage, ob eine massive psychische Überlagerung bestehe, bei möglichem Restdefektzustand nach lateraler Bandruptur. Aufgrund des Bildmaterials sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100% nicht nachvollziehbar. Seines Erachtens sei eine

Teilarbeitsfähigkeit auch in der bisherigen Tätigkeit im Service (vorwiegend stehend und gehend) ausgewiesen. In einer leichten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (UV-act. M42). Der beratende Psychiater Dr. med. P. ___ kam im Bericht vom 8. August 2011 zum Schluss, ein Stolpern über eine Türschwelle mit Distorsion im Fussgelenk könne nicht Ursache für eine mittelgradige depressive Störung sein. Die anhaltenden somatischen Beschwerden (schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen) seien bei fehlender objektivierbarer Schädigung einer somatoformen Schmerzstörung zuzuschreiben. Eine solche sei bereits 2004 im Rahmen von ebenfalls unklaren Beschwerden im rechten Arm diagnostiziert worden, die inzwischen wie von selbst verschwunden seien. Eine somatoforme Schmerzstörung gründe in der bei der Beschwerdeführerin sicher bestehenden psychosozialen Belastungssituation (finanzielle Schwierigkeiten, zweite Ehe mit einem berenteten Mann, vier erwachsene Töchter aus erster Ehe). Aufgrund dessen, dass die Beschwerdeführerin ihre Situation aggraviere und falsche Angaben zu ihren Einschränkungen mache, könne die Arbeitsfähigkeit nicht aufgrund ihrer Angaben bestimmt werden. Aufgrund der Observation könne eindeutig gesagt werden, dass die von Dr. N. ___ festgestellte Depression eine Folge von Aggravation sei. Die Angabe gegenüber Dr. N. ___, dass sie einen Beinbruch erlitten habe, treffe nicht zu. Die Beschwerdeführerin habe falsche Angaben bezüglich beschwerdebedingter Einschränkungen im rechten Fuss gemacht (UV-act. M44). Anlässlich einer Besprechung am 22. August 2011 konfrontierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit den Observationsergebnissen (UV-act. A37). Am 30. August 2011 gab die Beschwerdeführerin telefonisch bekannt, sie habe sich unmittelbar nach dem Gespräch vom 22. August 2011 beim RAV angemeldet und sei jetzt auf Stellensuche (UV-act. A39).

E. 2.3

Dr. med. H. ___, Facharzt für Neurologie, berichtete am 30. September 2011 unter anderem, es sei glaubhaft, dass die Patientin neuropathische Schmerzen habe, hierdurch in ihrer Beweglichkeit beeinträchtigt sei und ständige Schmerzen bestünden; allerdings liege im Rahmen des psychopathologischen Befundes auch eine gewisse Katastrophisierung vor. Es seien zunächst konservative Therapiemassnahmen vorzusehen. Operative Eingriffe sollten zunächst nicht erfolgen, da es hierdurch zu einer erneuten Weichteilschädigung oder Nervenschädigung kommen könne. Bei der aktuellen Vorstellung laufe die Patientin hinkfrei und gebe immer wieder einen ziehenden Schmerz und leicht kribbelnde Missempfindungen an. Bei der Inspektion sehe der rechte Fuss recht reizlos aus (keine Schwellung, Rötung). Er wolle die Patientin im Verlauf sehen und den schmerztherapeutischen Effekt überprüfen. Auf eine erneute Infiltration wolle er verzichten, da der Therapieeffekt nur kurz anhalte und er keine weitere Nervenschädigung verursachen möchte. Er empfehle den Ausbau der schmerzmodulatorischen Therapie (UV-act. M47). Am 9. Dezember 2011 bestätigte Dr. H. ___ seine Feststellungen und hielt fest, weiterhin zeige sich das neuropathische Schmerzsyndrom im Bereich des lateralen Sprunggelenks des rechten Fusses. Die schmerzmodulatorische Behandlung habe die Schmerzen nur leicht lindern können. Unter Belastung würden diese deutlich zunehmen. Die Beschwerdeführerin gehe hinkfrei, könne jedoch den rechten Fuss nur mässig belasten. Bei der Patientin habe schon in den Jahren 2004 und 2007 ein chronisches Schmerzsyndrom mit Kopfschmerzen und Schulter/Arm-Schmerzen vorgelegen, welches er neurologisch beurteilt habe. Solche Vorerkrankungen führten bei zusätzlichen neuropathischen Schmerzen zu komplizierten Verläufen bzw. zu Problemen bezüglich der Therapie (UV-act. M51).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin zog im Verlauf des Verfahrens den bereits erwähnten, vom Haftpflichtversicherer in Auftrag gegebenen Observationsbericht bei (UV-act. A38). Im Rahmen ihrer Pflicht zur Abklärung des Sachverhalts (Art. 43 ATSG) ist sie grundsätzlich befugt, Personendaten, wie sie im Ermittlungsbericht vom 30. Juni 2011 (UV-act. A38) enthalten sind, zu bearbeiten oder von einer medizinischen Gutachterstelle bearbeiten zu lassen, soweit dies für die Beurteilung von Leistungsansprüchen erforderlich ist (Art. 96 lit. b UVG). Eine Beschränkung auf bestimmte Beweismittel besteht dabei nicht (vgl. BGE 129 V 323 E. 3.3.3; BGE 132 V 241). Die Observation muss objektiv geboten sein, womit gemeint ist, dass konkrete Anhaltspunkte vorliegen müssen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung. Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen (BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1).

E. 3.2

Die Ermittlungen ergaben gemäss Bericht vom 30. Juni 2011 unter anderem, dass die Beschwerdeführerin im Beobachtungszeitraum an vier Tagen Gesamtstrecken von je ca. 11 km mit einem Auto gefahren sei. Sie habe sich dabei den Verkehrsregeln entsprechend verhalten und keine Einschränkungen gezeigt. Sie sei im Weiteren sowohl in geschlossenen als auch offenen, finkenähnlichen Schuhen (schwarze Clogs und braune Sandalen) gesehen worden. Die Beschwerdeführerin sei Einkaufen gegangen und habe sich mit Bekannten getroffen. Sie habe dabei eine Gehstrecke von rund 100 m bzw. gesamthaft von 600 m zurückgelegt. Einkäufe, welche sie zusammen mit dem Ehemann erledige, würden ca. 40-55 Minuten dauern. Alleine tätige sie nur Kleineinkäufe, welche wenige Minuten dauern würden. Während der Überwachungsphase sei sie keiner geregelten Arbeit nachgegangen. Ein Hinken beim Gehen sei nicht feststellbar gewesen. Lediglich das Abrollen von der Ferse zum Fussballen erscheine ein wenig "wie auf Eiern". Die Beschwerdeführerin habe ihre Einkäufe vom Einkaufswagen in den Laderaum ihres Autos geladen. Wenn sie die Orthopädie am Rosenberg besuche, trage sie jeweils offene Schuhe (schwarze Clogs). Einschränkungen oder Behinderungen seien dabei nicht festzustellen gewesen (UV-act. A38). Diese Angaben wurden anhand von Bildaufnahmen dokumentiert (UV-act. A38). Aus den erwähnten Feststellungen ist zu schliessen, dass sich die durch den rechten Fuss bedingten Behinderungen im Alltag teilweise nicht in der Weise auswirken, wie dies die Beschwerdeführerin (insbesondere bezüglich Schuhwerk und Autofahren) zuvor jeweils angegeben hatte. Aus dem Bericht ergibt sich andererseits nicht, dass die Beschwerdeführerin ihre Wohnung während des Beobachtungszeitraums verliess, um einen Beruf auszuüben. Auch wurden im Bericht keine eigentlichen sportlichen Aktivitäten aufgeführt. Allein gestützt auf die Tatsache, dass sie im Rahmen ihre Einkäufe zu Fuss unterwegs sein konnte, lässt sich eine gesundheitliche Einschränkung im Fussbereich nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Im Weiteren ist in Rechnung zu stellen, dass die Leistungsfähigkeit nicht an allen Tagen gleichbleibend gewesen sein dürfte. Naturgemäss lassen sich sodann durch Beobachtungen weder Schmerzen bei der beobachteten Aktivität noch die möglicherweise

danach eingetretenen Schmerzfolgen wahrnehmen und damit auch nicht quantifizieren. Verwertbare Aussagen zur Schmerzsituation und Arbeitsfähigkeit sind somit aufgrund dieses Berichts nur sehr eingeschränkt möglich. Bei dieser fraglichen Beweiswertigkeit kann offen bleiben, ob überhaupt ausreichend Anlass bestanden hatte, das Beweismittel zu beschaffen, also die Observation tatsächlich objektiv geboten war (vgl. vorstehende E.3.1).

E. 4.1

Zu klären ist, ob über den 31. August 2011 hinaus von einer durch das Ereignis vom 10. September 2008 bedingten Behandlungsbedürftigkeit mit Aussicht auf eine namhafte Verbesserung auszugehen ist. Die Beschwerdeführerin interpretierte die Verfügung vom 2. September 2011 im angefochtenen Entscheid dahingehend, dass diese implizit auch die Einstellung der Heilbehandlung beinhaltet habe (Einspracheentscheid, E. 2.3.3.2). Dies erscheint zutreffend, zumal andernfalls der Rentenanspruch, welcher den Abschluss der Heilbehandlung voraussetzt (Art. 19 UVG), nicht hätte geprüft (und verfügungsweise abgelehnt) werden können. Der Abschluss des Falles durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, Nr. U 557, S. 388). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145)

E. 4.2.1

Unbestritten und aus den Akten ersichtlich ist, dass bei der Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfallereignis von 2008 eine somatoforme Schmerzstörung, Depressionen und eine langjährige Migräne ärztliche Behandlungen erforderlich gemacht hatten (UV-act. M21, M26, M27, M41, M51). Die von Dr. N.____ im Juli 2011 bestätigte rezidivierende depressive Störung fällt dabei insofern zum vornherein als nicht unfallkausal ausser Betracht, als die adäquate Unfallkausalität von psychischen Beschwerden bei dem hier in Frage stehenden, offensichtlich leichten Unfallereignis zu verneinen wäre (vgl. BGE 115 V 133 E. 6a). Nachdem der Orthopäde Dr. K.____ am 3. Januar 2011 eine Läsion des Nervus peroneus sowie eine Diskrepanz zwischen Beschwerdeangaben und objektiven Befunden vermerkt hatte (UV-act. M18), bestätigte Dr. M.____ am 24. Juni 2011 ein Narbenneurom als Folge der letzten Operation (UV-act. 40) und damit grundsätzlich einen Behandlungs-Schaden im Sinn von Art. 6 Abs. 3 UVG. Auch Dr. H.____ hielt am 30. September 2011 fest, dass es im Rahmen des operativen Eingriffes mit Arthroskopie am 25. Oktober 2010 im Bereich des lateralen Arthroskopieportals zu einer peripheren sensiblen Nervenschädigung gekommen sei und sich im Verlauf durch ungünstige Umstände das chronifizierte Schmerzsyndrom entwickelt habe. Der Arzt befürwortete (ausschliesslich) konservative Behandlungsmassnahmen und hielt fest, dass die schmerzmodulatorische Therapie langfristig fortgeführt werden sollte (UV-act. M47).

Letzteres bestätigte er auch im Bericht vom 26. Oktober 2011 (UV-act. M50). Am 9. Dezember 2011 hielt Dr. H. ___ fest, bezüglich weiterer therapeutischer Möglichkeiten gehe er nicht davon aus, dass mit einer Narbenrevision oder einer plastisch chirurgischen operativen Denervation eine wesentliche Linderung zu erreichen sei. Mit schmerzmodulatorischer Behandlung (medikamentös) könnten die Schmerzen nur leicht gelindert werden (UV-act. M51). Am 29. Februar 2012 merkte Dr. H. ___ an, dass man bezüglich operativer Massnahmen sehr zurückhaltend sein sollte, da das chronifizierte Schmerzsyndrom nur schwer zu behandeln sei und eine Operation zu einer Schmerzexazerbation führen könne. In therapeutischer Hinsicht empfahl er auch hier ausschliesslich eine (schmerz-)medikamentöse Behandlung (UV-act. M53). Die Ärzte der Uniklinik Balgrist bestätigten im Bericht vom 10. Mai 2012 das Vorliegen eines chronifizierten neuropathischen Schmerzsyndroms mit rezidivierenden Schwellungszuständen. Begleitend könne die Partialruptur der Sehne des Muskulus peroneus brevis noch einen Einfluss haben. Das Vorliegen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms habe ausgeschlossen werden können. Es werde eine lokale Infiltration mit Steroiden zur möglichen Beantwortung der Frage empfohlen, ob die Patientin von einer Operation und Revision der Sehne des Muskulus peroneus brevis profitieren könnte (UV-act. M54, M56). Zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin kam der Oberarzt der Uniklinik Balgrist gleichentags zum Schluss, es bestehe (nach Lage der Akten) durchaus Grund zur Annahme, dass es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Unfallfolge handle. Er wies allerdings darauf hin, dass diese Stellungnahme einzig aufgrund einer Aktendurchsicht erfolgt sei und nicht einer Begutachtung entspreche (UV-act. M55).

E. 4.2.2

Hinsichtlich rein operativer Massnahmen, wie sie auch von der Uniklinik Balgrist in Betracht gezogen wurden, erscheint mit Blick auf die Darlegungen von Dr. H. ___ im erwähnten Bericht vom 9. Dezember 2011, wonach eine Narbenrevision bzw. operative Denervation keine Linderung verspreche (UV-act. M51), eine namhafte Verbesserung zweifelhaft und damit nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan. Den erwähnten Berichten der Uniklinik Balgrist vom Mai 2012 (UV-act. M54, M55), in welchen die Prüfung solcher Massnahmen in Aussicht gestellt worden war, lässt sich sodann keine Aussage zur Frage entnehmen, ob mit weiterer Behandlung eine namhafte Besserung der Situation am rechten Fuss zu erreichen sei oder nicht. Reine Schmerzlinderungsmassnahmen hindern wie dargelegt den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 UVG nicht. Von Seiten des Universitätsspitals Zürich, Institut für Anästhesiologie, wurden sodann im Bericht vom 22. Januar 2013 weitere Therapiemöglichkeiten für die dort bestätigte nozizeptive Schmerzproblematik angeführt, d.h. zum einen eine diagnostische Lokalanästhetika-Infiltration zur Ortung des Schmerzsprungs, eine elektrische Nervenstimulation (TENS) im Bereich des N. peroneus superficialis rechts mit dem Ziel einer Desensibilisierung sowie die Evaluation einer lokalen Behandlung mit Capsalgin. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Rahmen einer ENMG-Untersuchung vom 14. August 2012 (in der Klinik Balgrist) eine inkomplette Schädigung des N. peroneus superficialis rechts habe nachgewiesen werden können. Zum aktuellen Zeitpunkt liege eher kein CRPS vor (act. G 27.1). Eine namhafte Verbesserung des Zustands im rechten Fuss durch die vorgeschlagenen Massnahmen lässt sich auch diesem Bericht nicht entnehmen. Vielmehr handelt es sich bei den dort erwähnten Vorkehren ebenfalls um solche, welche im Wesentlichen die Schmerzlinderung zum Ziel haben. Nichts anderes ergibt sich aus dem in diesem Verfahren eingeholten Bericht von Dr. I. ___, Uniklinik Balgrist, vom 8. August

2013, worin der Arzt sich für die Unfallkausalität des neuropathischen Beschwerdebilds aussprach (act. G 46 Ziff. 3) und den Entscheid gegen eine Revision der Peronealsehnen erneut bestätigte mit dem Hinweis, dass ein solcher Eingriff die neuropathischen Schmerzen verschlechtern könnte. Im Übrigen vermerkte Dr. I.____, dass die Infiltration (von 2012) als diagnostische Massnahme zu sehen sei (act. G 46 Ziff. 2); eine Heilwirkung steht damit nicht zur Diskussion, sondern lediglich eine befristete Schmerzlinderung (vgl. auch Berichte der Uniklinik Balgrist an Dr. med. Q.____ vom 8. August 2013; act. G 46.1 und G 46.2) . In dem ebenfalls in diesem Verfahren eingeholten Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 28. August 2013 wurde unter anderem festgehalten, eine alleinige Neurolyse des Nervus cutaneus dorsalis intermedius rechts erscheine nicht erfolgsversprechend. Auch würden sich im Fall einer solchen Operation die Beschwerden im Bereich des lateralen oberen Sprunggelenkes kaum ändern (act. G 49).

E. 4.2.3

Bei der geschilderten Aktenlage lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin per Ende August 2011 die Aussichten auf eine namhafte Verbesserung durch eine weitere Behandlung verneinte bzw. unfallbedingt von einem Behandlungsabschluss im Sinn von Art. 19 UVG ausging. Dieser Entscheid wird auch durch die dargelegte Entwicklung während der beiden folgenden Jahre bestätigt. In diesem Sinn rechtfertigt sich auch die Berücksichtigung dieser Entwicklung, obschon im vorliegenden Verfahren grundsätzlich lediglich die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids zu prüfen waren. Wenn die Beschwerdegegnerin dem Hausarzt Dr. L.____ Ende August 2011 telefonisch mitgeteilt hatte, dass sie bereit sei, noch ein neurologisches Konsilium zu übernehmen, um das effektive Ausmass der Nervenschädigung abzuklären (UV-act. A39), so handelte es sich dabei nicht um eine Zusicherung von weiterer Behandlungskostenübernahme, sondern bezog sich auf die neurologische Abklärung durch Dr. H.____, über welche der Arzt in der Folge wie erwähnt am 9. Dezember 2011 berichtet hatte (UV-act. M51). - Sollte zu einem späteren Zeitpunkt dennoch ein operativer Eingriff konkret erwogen werden, so wäre dies gegenüber der Beschwerdegegnerin im Rahmen eines Rückfalls geltend zu machen.

E. 5.1

Zu klären ist im Weiteren, ob nach dem 31. August 2011 noch eine durch das Ereignis vom 10. September 2008 bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte. Dr. O.____ ging in seinem gestützt auf die Akten erstellten Bericht vom 12. Juli 2011 davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit teilarbeitsfähig sei und dass in einer adaptierten (vorwiegend sitzenden) Arbeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (UV-act. M42). Dr. L.____ hielt zuhanden des RAD am 19. Juli 2011 fest, dass zur Zeit eine Arbeit im Service wegen der Schmerzen und der Schwellung nicht möglich sei, sitzend ausgeübte manuelle Tätigkeiten jedoch theoretisch in Betracht kämen (IV-act. 80). Gegenüber der Beschwerdegegnerin bestätigte er am 30. August 2011, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen dürfte (UV-act. A39). Ebenfalls Ende August 2011 wurde von Seiten des RAD von einer 100%-Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit ausgegangen (IV-act. 86-3/4). Auch die Beschwerdeführerin selbst hatte sich anlässlich einer Besprechung vom 22. August 2011 mit der Taggeldeinstellung auf Ende August 2011 einverstanden erklärt und festgehalten, dass sie die Arbeit schon früher wieder aufgenommen hätte, wenn ihr eine Arbeitsstelle besorgt worden wäre (UV-act. A37). Das RAV bejahte mit Verfügung vom 2. Dezember

2011 die uneingeschränkte Vermittlungsfähigkeit ab September 2011 und hielt (auf S. 3) unter anderem fest, dass die Beschwerdeführerin seit 19. Oktober 2011 in einem Einsatzprogramm zu 100% tätig sei (act. G 15.2). Im übrigen arbeitete sie gemäss Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 22. Januar 2013 bis Ende Februar 2013 im Rahmen einer befristeten Anstellung in der R.____ an der Kasse (act. G 27.1 S. 3). Im November 2011 hatte die IV die beruflichen Massnahmen abgeschlossen mit dem Hinweis, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten (vorwiegend sitzenden) Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig und das RAV für die Stellensuche zuständig sei. Die IV verneinte in der Folge auch einen Rentenanspruch (IV-act. 95, 98, 105; act. G 15.1). Dr. H.____ hielt am 9. Dezember 2011 fest, die Beschwerdeführerin arbeite zur Zeit zu 100% im Rahmen von leichten körperlichen Tätigkeiten (vom RAV vermittelt). Von neurologischer Seite sei eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit und möglichen Pausen zu 50% sicher möglich (UV-act. M51). Dr. H.____ begründete jedoch nicht, wieso die Beschwerdeführerin in einer den rechten Fuss nicht belastenden mehrheitlich sitzenden Tätigkeit eingeschränkt sein sollte. Eine solche (hälftige) Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit erscheint aufgrund des unfallbedingten Gesundheitsschadens auch nicht nachvollziehbar. Eine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Zeit ab September 2011 ist bei dieser Aktenlage nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan.

E. 5.2

Zur Festlegung des Valideneinkommens 2010 von Fr. 50'700.-- (100%-Pensum) ging die Beschwerdegegnerin vom arbeitsvertraglichen Grundlohn (13x) von Fr. 3'900.-- aus. Aus dem Arbeitsvertrag ist überdies eine Wäschezulage von monatlich Fr. 200.-- ersichtlich (UV-act. A22). Zu Recht liess die Beschwerdegegnerin diese ausser Betracht, da sie als Unkostenersatz und nicht als Lohnbestandteil zu werten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2007, 8C_240/2007, E. 4.3). Bei einer im Service tätigen Person sind solche Spesen als Aufwandentschädigung wegen des erhöhten Aufwands für Wäsche/Kleider auch nachvollziehbar. Der ehemalige Arbeitgeber hatte denn auch die Wäsche-Zulage im Arbeitsvertrag (UV-act. A22) nicht als Bestandteil des AHV-Lohns angegeben und erachtete sie somit nicht als massgebenden Lohn im Sinn von Art. 9 Abs. 2 AHVV (SR 831.101). Vom Betrag von Fr. 50'700.-- ist somit nachstehend als Valideneinkommen auszugehen. Das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Löhne zu berechnen. Aus der LSE 2008 TA 1 Niveau 4 ist für Frauen ein durchschnittliches Monatssalär von Fr. 4'116.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahressalär von Fr. 49'392.-- basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2010, d.h. auf 41.6 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 51'368.-- ergibt. Nach Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Frauen) 2008-2010 resultiert für 2010 ein Betrag von Fr. 53'012.--. Mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin eine der Situation am rechten Fuss angepasste, mehrheitlich sitzende Tätigkeit uneingeschränkt ausüben kann, besteht grundsätzlich kein Anlass für die Gewährung eines "Leidensabzugs". Legte man trotzdem einen solchen von 10% zugrunde, ergäbe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 47'711.--. Aus der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 50'700.-- würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 20. April 2012 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im

Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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