

SO_GERICHTE VSBES.2022.247 vom 25. Oktober 2022

SO Obergericht, 2022-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.247

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.247 du 25 octobre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.247 del 25 ottobre 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1983 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war zuletzt bei der B.____, [...], als Logistiker angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 6. September 2019 trat er bei der Arbeit auf ein Holzstück und knickte dabei mit dem rechten Fuss um (Suva-Aktennummer [Suva-Nr.] 1, 12). In einem Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], vom 22. Oktober 2019 wurde daraufhin die Diagnose «Status 6 Wochen nach OSG Distorsion mit Stauchungsfraktur distale Tibia rechts» gestellt (Suva-Nr. 11). Am 12. Juni 2020 diagnostizierte Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], zusätzlich ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) am rechten Fuss (Suva-Nr. 90). Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggelder (Suva-Nr. 25). 1.2 Mit Verfügung vom 17. Juli 2020 schloss die Beschwerdegegnerin den Fall gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, vom 24. Februar 2020 (Suva-Nr. 43), vom 24. Juni 2020 (Suva-Nr. 92) sowie vom 29. Juni 2020 (Suva-Nr. 95) per 31. Juli 2020 ab und stellte ihre Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt hin ein, da keine Unfallfolgen mehr vorlägen (Suva-Nr. 106). Auf eine vom Beschwerdeführer am 23. Juli 2020 erhobene Einsprache hin (Suva-Nr. 111) nahm die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 3. August 2020 ihre Verfügung vom 17. Juli 2020 zurück und richtete weiterhin Versicherungsleistungen aus (Suva-Nr. 121). 1.3 Am 8. Juni 2022 stellte die Beschwerdegegnerin nach weiteren Aktenbeurteilungen ihrer Kreisärzte Dr. med. E.____ vom 14. Juni 2021 (Suva-Nr. 196) und Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, vom 4. März 2022 (Suva-Nr. 252) sowie vom 23. Mai 2022 (Suva-Nr. 266) ihre Versicherungsleistungen (erneut) per 30. Juni 2022 ein und verneinte einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Suva-Nr. 275). Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingaben vom 10. Juni sowie vom 13. Juni 2022 Einsprache (Suva-Nr. 276, 283), welche er am 14. Juli 2022 begründen liess (Suva-Nr. 290). Mit Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2022 wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache ab (Suva-Nr. 293; Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise

arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 81 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406). Über die Frage, ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, hat die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_646/2019 vom 6. März 2020 E. 8). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz dient mit anderen Worten der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf

rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.3).

3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Die Beschwerdegegnerin stellte mit Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2022 (vgl. Suva-Nr. 293; A.S. 1 ff.) ihre Versicherungsleistungen per 30. Juni 2022 mit der Begründung ein, es hätten beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens zu diesem Zeitpunkt keine organischen Unfallfolgen mehr vorgelegen und die psychischen Beschwerden seien nicht adäquatkausal zum Unfallereignis vom 6. September 2019. Für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhanges stützte sie sich in medizinischer Hinsicht auf die Einschätzungen ihrer Kreisärzte Dres. med. E.____ und F.____ ab:

4.1 In einer Aktennotiz vom 24. Februar 2020 hielt Kreisarzt Dr. med. E.____ fest, das Unfallereignis vom 6. September 2019 habe beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Tendovaginitis sowie zu einer strukturellen Läsion in Form einer mittels MRI nachgewiesenen inkompletten Fraktur an der distalen Tibia (rechts) geführt (vgl. Suva-Nr. 43).

4.2 In einer weiteren Stellungnahme vom 24. Juni 2020 erachtete Kreisarzt Dr. med. E.____ die zwischenzeitlich von Dr. med. D.____ gestellte Diagnose eines CRPS am rechten Fuss gemäss Budapest-Kriterien als nicht gesichert. Mehrere Monate nach Symptombeginn sei eine Diagnosesicherung bzw. ein Diagnoseausschluss nicht mehr möglich. Aufgrund der Anamnese und der aktuell noch bestehenden Befunde sei es möglich, dass ein CRPS vorgelegen habe. Aktuell sei jedoch kein Vollbild eines CRPS mehr vorhanden (vgl. Suva-Nr. 92).

4.3 Nach erneuter Vorlage führte Dr. med. E.____ am 29. Juni 2020 ergänzend aus, durch das Unfallereignis vom 6. September 2019 sei überwiegend

wahrscheinlich eine in einem MRI vom 14. Oktober 2019 beschriebene Stauchungsfraktur der distalen Tibia medial rechts verursacht worden, welche indessen gemäss Verlaufs-MRI vom 15. Januar 2020 inzwischen abgeheilt sei. Wenn auch acht Monate nach dem Unfallereignis die Budapest-Kriterien nicht mehr erfüllt seien, sei das Vorliegen eines langsam abklingenden CRPS nicht auszuschliessen (vgl. Suva-Nr. 95).

4.4 In einer Aktennotiz vom 14. Juni 2021 sah Dr. med. E.____ die Diagnose des CRPS unverändert gemäss den Budapest-Kriterien als nicht gesichert an. Beim Beschwerdeführer lägen sicher objektivierbare, eindeutig unfallbedingte Veränderungen nicht vor. Bei einer im Verlauf dokumentierten funktionellen Parese sei davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der von ihm beklagten Symptomatik ebenfalls funktioneller (neurologischer) Genese sei. Am 3. Dezember 2020 habe die behandelnde Neurologin keine klinischen Zeichen eines CRPS mehr gefunden. Es sei daher davon auszugehen, dass spätestens ab Dezember 2020 das Beschwerdebild nicht mehr überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 6. September 2019 stehe (vgl. Suva-Nr. 196).

4.5 In einer Aktenbeurteilung vom 4. März 2022 führte Kreisarzt Dr. med. F.____ aus, Prof. Dr. med. G.____ habe am 4. Juni 2020, d.h. über sechs Monate nach dem Unfallereignis, erstmals die Verdachtsdiagnose eines Morbus Sudeck bzw. eines CRPS gestellt. Ein CRPS habe jedoch zu diesem Zeitpunkt nur möglicherweise vorgelegen, seien doch die diagnostischen Kriterien gestützt auf die von Dr. med. G.____ dokumentierten Beschwerden und Untersuchungsbefunde nicht vollständig erfüllt gewesen. Ohne neue Erkenntnisse sei der Schmerztherapeut Dr. med. D.____ nach seiner Untersuchung vom 12. Juni 2020 von der Diagnose eines CRPS ausgegangen, obwohl eine solche zu diesem Zeitpunkt gestützt auf die dokumentierten Beschwerden und Befunde nicht nachvollziehbar gewesen sei. Anlässlich einer Untersuchung vom 7. Dezember 2020 habe die behandelnde Neurologin keine Zeichen eines CRPS feststellen können, dessen ungeachtet jedoch die Diagnose eines CRPS in ihrem Bericht aufgeführt. Es seien zu keinem Zeitpunkt die diagnostischen Kriterien eines CRPS ausreichend zuverlässig erfüllt gewesen. Seit der letzten Stellungnahme von Kreisarzt Dr. med. E.____ vom 14. Juni 2021 ergäben sich diesbezüglich keine neuen medizinischen Erkenntnisse. Auf dem neurologischen Fachgebiet lägen mithin keine objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 6. September 2019 vor und es habe in neurologischer Hinsicht zu keinem Zeitpunkt eine Gesundheitsbeeinträchtigung in kausalem Zusammenhang zu diesem Unfallereignis bestanden (vgl. Suva-Nr. 252).

4.6 In einer abschliessenden Stellungnahme vom 23. Mai 2022 hielt Kreisarzt Dr. med. F.____ an seiner Beurteilung vom 4. März 2022 fest. Die zwischenzeitlich eingegangenen Unterlagen ergäben in neurologischer Hinsicht keine neuen medizinischen Erkenntnisse im Hinblick auf die zur Diskussion gestandene Diagnose eines CRPS (vgl. Suva-Nr. 266).

E. 5

5.1 Das CRPS (auch Algodystrophie oder Morbus Sudeck genannt) ist als neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung praxisgemäss als organischer beziehungsweise körperlicher Gesundheitsschaden zu qualifizieren. Nach der Bundesgerichtspraxis ist ein unfallbedingtes CRPS jedoch nur dann anzunehmen, wenn anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteile des Bundesgerichts 8C_528/2022 vom 17. November 2022 E. 3.2, 8C_270/2022 vom 12. Oktober 2022 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Nicht zwingend notwendig für die Annahme eines CRPS ist hingegen, dass die Diagnose bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten

nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2020 vom 2. September 2020 E. 3.2). Zu den klinischen Zeichen eines CRPS gehören schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2).

5.2 Soweit Dr. med. F.____ die Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer weiterhin bestehenden Beschwerden am rechten Fuss bzw. Unterschenkel mit der Begründung verneinte, ein CRPS habe überwiegend wahrscheinlichienvorgelegen (vgl. Suva-Nr. 252 S. 7 f.; 266 S. 1; E. II. 4.5 f. hiervor), kann diese Auffassung ■ mangels eingehender Auseinandersetzung des Kreisarztes mit den einzelnen diagnostischen Kriterien dieses Krankheitsbildes ■ nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Immerhin berichtete der Beschwerdeführer ■ wenn auch erst im späteren Krankheitsverlauf ■ anamnestisch wiederholt über CRPS-typische Symptome, so etwa über eine Temperaturdifferenz und Verfärbung der Haut am rechten Fuss mit Hypothermie und intermittierendem Auftreten eines Hitzegefühls (vgl. Suva-Nr. 90 S. 1) sowie über einen brennenden Schmerz, verbunden mit einer schnell auftretenden Rötung des Fusses und Schwellungszuständen und mit extremem Schwitzen (vgl. Suva-Nr. 134 S. 1; 188 S. 1; 232 S. 3; 236 S. 2). Ausserdem gingen die behandelnden Ärzte Dr. med. D.____ sowie Dr. med. H.____, Facharzt für Anästhesiologie, [...], wiederholt von einem CRPS aus und stellten im Rahmen der klinischen Untersuchung ■ zumindest dem Grundsatz nach vereinbar mit ihrer Diagnose ■ am rechten Fuss eine Schwellung, eine Überwärmung bzw. eine Kälte, eine eingeschränkte Beweglichkeit und eine rötliche Verfärbung fest (vgl. Suva-Nr. 90, 134, 148, 236). Wie es sich mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten CRPS konkret verhält, kann indessen dann offenbleiben, wenn im Sinne der gefestigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. II. 5.1 hiervor) dessen Unfallkausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist, weil innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfallereignis vom 6. September 2019 echtzeitlich nicht zumindest einige der dafür typischen Symptome (fach-) ärztlich belegt sind. Das ist nachfolgend näher zu untersuchen.

E. 5.3.1

Der Beschwerdeführer trat am 6. September 2019 bei der Arbeit auf ein Holzstück und knickte dabei mit dem rechten Fuss um (vgl. Suva-Nr. 1, 12).

E. 5.3.2

Da der Beschwerdeführer nach eigener Aussage zugleich an einer Bronchitis litt (vgl. Suva-Nr. 9) und die Verletzung am rechten Fuss anfänglich unterschätzte (vgl. Suva-Nr. 11, 21), suchte er erst am 3. Oktober 2019 erstmals seinen Hausarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, [...], auf. Dieser veranlasste daraufhin eine Röntgenuntersuchung, überwies ihn an den Orthopäden und schrieb ihn ab sofort bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Suva-Nr. 3 S. 2; 28 S. 1).

E. 5.3.3

In einem MRT des rechten OSG nativ vom 14. Oktober 2019 wurde beim Beschwerdeführer eine inkomplette Frakturlinie an der distalen Tibia medialseitig nahe des

OSG ohne Erguss im OSG und USG und ohne Hinweise auf eine osteochondrale Läsion sowie eine Läsion der Syndesmose bzw. des medialen und lateralen Bandapparates am OSG festgestellt (vgl. Suva-Nr. 20 S. 1).

E. 5.3.4

Am 22. Oktober 2019 diagnostizierte Dr. med. C.____ beim Beschwerdeführer einen Status sechs Wochen nach OSG-Distorsion mit Stauchungsfraktur distale Tibia rechts. Die durchgeführte MRI-Untersuchung bestätige eine ossäre Läsion im Bereich der distalen Tibia. Der Kapselbandapparat sei zwar klinisch dolent, im MRI sei jedoch keine gröbere Schädigung sichtbar. Die Verletzung werde «von Natur her» wieder heilen, was jedoch eine gewisse Zeit benötige. Der Beschwerdeführer habe den Fuss entsprechend den Beschwerden teilzuentlasten (vgl. Suva-Nr. 11 S. 2).

E. 5.3.5

In einem Arztzeugnis UVG vom 8. Dezember 2019 stellte Dr. med. I.____ die Diagnosen einer Distorsion des rechten OSG sowie einer inkompletten Fraktur der rechten Tibia. Als objektive Befunde notierte er einen Supinationsschmerz am rechten Unterschenkel sowie einen Druckschmerz proximal der Tibia. Die Verletzung werde konservativ behandelt (vgl. Suva-Nr. 28 S. 1).

E. 5.3.6

Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, [...], hielt in einem Bericht zu einem MRT des rechten OSG nativ und mit Kontrastmittel vom 15. Januar 2020 fest, die ehemalige distale Tibiafraktur rechts sei soweit beurteilbar zwischenzeitlich verheilt. Die Signalgebung der Knochenmarkräume sei derzeit bei kongruenten Gelenkverhältnissen und regelrechten Synovialflüssigkeitsmengen normal. Es finde sich (lediglich) eine persistierende diskrete Tendovaginitis der Sehnen des Flexor digitorum longus und tibialis posterior (vgl. Suva-Nr. 41 S. 1).

E. 5.3.7

In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 26. Januar 2020 stellte Dr. med. I.____ unverändert die Diagnose einer Stauchungsfraktur der distalen Tibia rechts. Der Verlauf sei protrahiert bei weiterhin bestehenden Schmerzen beim Gehen und Sitzen, die Prognose indessen günstig. Die am 16. Januar (recte: 15. Januar) 2020 durchgeführte MRT-Untersuchung zeige eine konsolidierte Fraktur ohne Fehlstellung. Die Physiotherapie werde wieder aufgenommen und die Schmerzmitteltherapie nach Plan weitergeführt (vgl. Suva-Nr. 36 S. 1 f.).

E. 5.3.8

Mit Überweisungsschreiben vom 10. Mai 2020 berichtete Dr. med. I.____ Prof. Dr. med. G.____, der Beschwerdeführer habe ihn etwa zwei Wochen (recte: etwa vier Wochen) nach dem Unfallereignis vom 6. September 2019 wegen zunehmenden Schmerzen aufgesucht. Seine damalige Untersuchung habe einen Druckschmerz der distalen Tibia, Schmerzen bei Supination des rechten OSG sowie keinerlei Schwellung und keine äusseren Verletzungszeichen ergeben. Das konventionelle Röntgen sei unauffällig gewesen, die Beschwerden hätten sich indessen in der Folge unter konservativer Therapie nicht verbessert. Im daraufhin veranlassten MRT habe sich eine Frakturlinie der distalen Tibia rechts in der Nähe zum Sprunggelenk gezeigt. Im weiteren Verlauf habe sich radiologisch eine Abheilung der Fraktur, klinisch jedoch keine Besserung ergeben. Der

Beschwerdeführer habe beim Gehen Schmerzen im rechten Fuss und sei auf die Benutzung einer Gehhilfe angewiesen, da das Gelenk «blockiere». Antirheumatika und Schmerzmittel in Kombination linderten die Schmerzen lediglich, eine langfristige Physiotherapie sei nicht erfolgreich gewesen. Er bitte um (fachärztliche) Beurteilung, ob auch ein Morbus Sudeck vorliegen könnte. Anamnestisch interessant sei, dass vor längerer Zeit beim Beschwerdeführer nach einem Ringfingertrauma rechts eine derartige Diagnose auch bereits diskutiert worden sei (vgl. Suva-Nr. 87).

E. 5.3.9

Am 4. Juni 2020 ergab eine radiologische Untersuchung des rechten OSG und Fusses im [...] keine relevanten degenerativen Veränderungen, keine relevante Fehlstellung im Rückfuss sowie eine «diffuse» Osteopenie (vgl. Suva-Nr. 84 S. 2).

5.3.10 In einem Sprechstundenbericht vom 8. Juni 2020 stellte Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], die Diagnose eines Verdachts auf ein Morbus Sudeck bei Bagatelltrauma Fuss rechts. Als Befunde vermerkte er am rechten OSG eine leichte Schwellung bimalleolär, eine Druckdolenz auf dem Fussrücken sowie in den lateralen und medialen Malleolus ziehend. Eine aktive Bewegung im OSG sei nicht möglich, eine passive Bewegung mit starken Schmerzen verbunden. Der Beschwerdeführer habe Kribbelparästhesien im gesamten Fussbereich. Er präsentiere acht Monate posttraumatisch «das typische Bild» eines Morbus Sudeck. Aus orthopädischer Sicht bestehe aktuell kein Handlungsbedarf (vgl. Suva-Nr. 82 S. 2 f.).

5.3.11 Mit Bericht vom 12. Juni 2020 stellte Dr. med. D.____ erstmals als gesicherte Diagnose ein CRPS rechter Fuss bei St.n. OSG-Distorsion und Stauchungsfraktur distale Tibia rechts vom 22. Oktober 2019 (recte: 6. September 2019). Der Beschwerdeführer schildere anamnestisch seinen Schmerz als Dauerschmerz mit Zunahme unter Belastung. Die Schmerzen träten am meisten auf Höhe des rechten oberen Sprunggelenkes lateral und anterior mit geringen Anteilen im Bereich des medialen Sprunggelenkes auf. Er habe schon seit langem eine Temperaturdifferenz und Verfärbung der Haut wahrnehmen können. Der rechte Fuss sei dabei vorwiegend hypotherm mit intermittierendem Auftreten eines Hitzegefühls. Klinisch zeige sich eine leichte diffuse Schwellung im Bereich des rechten Fusses um das Sprunggelenk herum und über den Fussrücken. Palpatorisch sei der rechte Fuss im Vergleich zum linken Fuss kälter. Die Behaarung sei unauffällig. Es bestehe ein schmerzbedingter Neglect, was die Aktivierung des rechten Fusses sowohl in Richtung Dorsalextension wie auch Plantarflexion angehe. Die passive Mobilität sei leicht eingeschränkt. Auf der stattgehabten Röntgenuntersuchung des rechten Fusses vom 4. Juni 2020 sei bereits eine leichte Mineralisationsstörung ersichtlich. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien vereinbar mit einem CRPS des rechten Fusses. Eine Bekannte des Patienten habe ebenfalls nach einer Distorsion ein CRPS entwickelt, was dazu geführt habe, dass der Patient auf diese Erkrankung als mögliche Ursache seiner Beschwerden aufmerksam geworden sei (vgl. Suva-Nr. 90).

E. 5.4.1

Selbst wenn bei grosszügiger Betrachtungsweise zugunsten des Beschwerdeführers die achtwöchige Latenzzeit ab dem Unfallereignis vom 6. September 2019 um einen Monat bis Ende November 2019 verlängert würde, da er seinen Hausarzt aufgrund einer zugleich durchgemachten Bronchitis erst am 3. Oktober 2019 wegen seinen Schmerzen am rechten

Fuss aufsuchen konnte (vgl. E. II. 5.3.2 hiervor), lassen sich den vorstehenden Sachverhaltserhebungen im massgebenden Zeitraum keine echtzeitlich erhobenen medizinischen Befunde entnehmen, welche für ein CRPS kennzeichnend wären. Dr. med. I. ___ berichtete als Erstbehandler weder zeitnah (vgl. Suva-Nr. 28 S. 1; 36 S. 1 f.; E. II. 5.3.5 sowie E. II. 5.3.7 hiervor) noch rückblickend (vgl. Suva-Nr. 87; E. II. 5.3.8 hiervor) von entsprechenden Befunden, ebenso wenig Dr. med. C. ___ (vgl. Suva-Nr. 11 S. 2; E. II. 5.3.4 hiervor). Erst Dr. med. D. ___ stellte anlässlich seiner Untersuchung vom 12. Juni 2020 erstmals CRPS-typische Symptome fest (leichte diffuse Schwellung im Bereich des rechten Fusses, kältere Temperatur am rechten Fuss im Vergleich zum linken Fuss, bildgebend nachgewiesene leichte Mineralisationsstörung; vgl. Suva-Nr. 90 S. 2; E. II. 5.3.11 hiervor). Die Verdachtsdiagnose eines CRPS wurde erst am 8. Juni 2020 (vgl. Suva-Nr. 82 S. 2; E. II. 5.3.10 hiervor), die gesicherte Diagnose erst am 12. Juni 2020, mithin mehr als neun Monate nach dem Unfallereignis, erstmals gestellt. Der Anstoss zur Prüfung dieser Diagnose kam offenbar vom Beschwerdeführer selbst (vgl. Suva-Nr. 90 S. 1; E. II. 5.3.11 hiervor).

E. 5.4.2

Zwar gab der Beschwerdeführer am 12. Juni 2020 gegenüber Dr. med. D. ___ an, er habe «schon seit langem» eine Temperaturdifferenz und Verfärbung der Haut am rechten Fuss mit Hypothermie und intermittierendem Auftreten eines Hitzegefühls wahrnehmen können (vgl. Suva-Nr. 90 S. 1; E. II. 5.3.11 hiervor). Diese spätere Aussage des Beschwerdeführers vermag jedoch die fehlende echtzeitliche ärztliche Feststellung von CRPS-typischen Symptomen innerhalb der bundesgerichtlich vorgegebenen Latenzzeit nicht zu ersetzen. Ebenso wenig kann aufgrund von späteren (fach-) ärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers und einer darauf gestützten Diagnosestellung eines CRPS (vgl. Suva-Nr. 90, 134, 148, 171, 232, 236, 243; E. II. 5.2 hiervor) der Schluss gezogen werden, die entsprechenden Beschwerden hätten (auch) bereits früher vorgelegen.

E. 5.4.3

Im Ergebnis ist somit Kreisarzt Dr. med. E. ___ beizupflichten, der in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2020 festhielt, dass sich nach mehreren Monaten nicht mehr feststellen lasse, ob überwiegend wahrscheinlich zu einem früheren Zeitpunkt ein (unfallkausales) CRPS vorgelegen habe (vgl. Suva-Nr. 92 S. 2; E. II. 4.2 hiervor). Diese Beweislosigkeit kann ■ mangels echtzeitlicher Erhebungen ■ durch weitere Abklärungen nicht mehr behoben werden, so dass in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist. Da der Beschwerdeführer aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte für sich ableiten will, hat er die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. E. II. 3.1 hiervor).

5.5 Ist mithin ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 6. September 2019 und dem beim Beschwerdeführer diagnostizierten CRPS nicht überwiegend wahrscheinlich zu bejahen, verbleibt als organische Unfallfolge noch die bildgebend nachgewiesene inkomplette Fraktur der distalen Tibia rechts samt diskreter Tendovaginitis (vgl. Suva-Nr. 20 S. 1; 41 S. 1; E. II. 5.3.3 und E. II. 5.3.6 hiervor). Die Fraktur ist jedoch gemäss MRT-Untersuchung vom 15. Januar 2020 zwischenzeitlich ausgeheilt (vgl. Suva-Nr. 41 S. 1) und die Tendovaginitis war in der radiologischen Untersuchung vom 4. Juni 2020 nicht mehr feststellbar (vgl. Suva-Nr. 84 S. 2; E. II. 5.3.9 hiervor). Die im späteren Verlauf gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. von anhaltenden chronischen Schmerzen mit

Bewegungseinschränkung des rechten Fusses ist höchstens eine mittelbare (Teil-) Folge des (nicht unfallbedingten) CRPS (vgl. Suva-Nr. 148 S. 1, S. 3; 171 S. 2; 232 S. 2; 236 S. 2 f.). Die fachärztlich dokumentierte funktionelle neurologische Störung stellt eine von der (traumatischen) Fussverletzung losgelöste Zusatzdiagnose dar (vgl. Suva-Nr. 166 S. 2, S. 5; 232 S. 2, S. 4; 243 S. 2, S. 4) und die mittels neuropsychologischer Untersuchung vom 5. Januar 2022 festgestellte leichte kognitive Störung (vgl. Suva-Nr. 244 S. 2) ist bei unklarer Ätiologie (vgl. Suva-Nr. 244 S. 5) ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Es ist demnach nicht zu beanstanden, wenn Kreisarzt Dr. med. F.____ mit Aktenbeurteilung vom 4. März 2022 in neurologischer Hinsicht das Vorliegen von objektivierbaren Unfallfolgen verneinte (vgl. Suva-Nr. 252 S. 8; E. II. 4.5 hiervor) und Kreisarzt Dr. med. E.____ mit Stellungnahme vom 14. Juni 2021 insgesamt zum Schluss kam, dass spätestens ab Dezember 2020 das Beschwerdebild nicht mehr überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 6. September 2019 stehe (vgl. Suva-Nr. 196 S. 2; E. II. 4.4 hiervor).

6. Da die vom Beschwerdeführer aktuell noch geklagten Beschwerden am rechten Fuss bzw. Unterschenkel nicht auf organisch ausgewiesene Unfallfolgen zurückzuführen sind und sich aus den Akten ergibt, dass bei ihm im Nachgang zum Unfallereignis vom 6. September 2019 eine Anpassungsstörung mit leicht depressiver Symptomatik diagnostiziert wurde (vgl. Suva-Nr. 204 S. 2), ist noch die adäquate Kausalität zu prüfen (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Die Adäquanzprüfung richtet sich im vorliegenden Fall nach der Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133. Beim Umknicken bzw. Misstritt mit dem rechten Fuss (vgl. E. II. 5.3.1 hiervor) handelt es sich offenkundig um einen leichten Unfall, welcher von vornherein nicht geeignet ist, eine psychische Fehlentwicklung zu verursachen (BGE 115 V 133 E. 6a S. 139; Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2013 vom 6. Juni 2013 E. 3), weshalb ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 6. September 2019 und dem psychischen Gesundheitsschaden ohne weiteres zu verneinen ist.

7. Zusammenfassend erweist es sich demnach als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2022 den Fall per 30. Juni 2022 abgeschlossen, ihre Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt und dem Beschwerdeführer keine Invalidenrente und Integritätsentschädigung zugesprochen hat. Die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

8.2 In Beschwerdesachen der Unfallversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht sind (abgesehen vom hier nicht interessierenden Fall einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung) keine Verfahrenskosten zu erheben, weil dies im UVG nicht vorgesehen ist (Art. 61 lit. fbisATSG).

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Birgelen

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