

SO_GERICHTE VSBES.2023.77 vom 23. Februar 2023

SO Obergericht, 2023-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.77

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.77 du 23 février 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.77 del 23 febbraio 2023

Erwägungen

E. 23

Februar 2023 ab (Akten-Seite [A.S.] 1 ff.). 2. Gegen diesen Entscheid lässt der Beschwerdeführer am 21. März 2023 (A.S. 9 ff.) fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Er stellt folgende Rechtsbegehren: 1. Die Verfügung vom 2. Dezember 2022 sowie der Einsprache-Entscheid vom 23. Februar 2023 der Beschwerdegegnerin seien aufzuheben. 2. Dem Beschwerdeführer seien über den 30. November 2022 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt. zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2023 (A.S. 25 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht die Stellungnahme von Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, vom 27. April 2023 (A.S. 29 f.) ein. 4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 832.20, 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). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blossе Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser

Wahrscheinlichkeit wieder werde aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

3.2 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).

3.3 Ist die Unfallkausalität

einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

4. 4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

4.2 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).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre weitergehende Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 23. Mai 2022 mit Einspracheentscheid vom 23. Februar 2023 (A.S. 1 ff.) verneint und ihre Leistungen per 30. November 2022 eingestellt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Notfallbericht des B.____ vom 23. Mai 2022 wurde eine OSG-Distorsion links Grad III diagnostiziert. Es wurden folgende Befunde erhoben: «OSG/Fuss links: keine Schwellung ersichtlich, kein Hämatom, Druckdolenzen über beiden Malleoli, dem gesamten lateralen Bandapparat, der Syndesmose, der Metatarsale-V-Basis, sowie über Chopart und Lisfranc-Gelenken.

Fibulaköpfchen indolent. Freie Beweglichkeit schmerzbedingt nicht prüfbar, passiv ebenfalls eingeschränkt, kein vermehrter Talusvorschub im Seitenvergleich, Aufklappbarkeit nicht prüfbar, Knie und alle Zehen indolent und frei beweglich, Thompson-Test negativ, Periphere Durchblutung und Sensibilität intakt, keine Belastung möglich.»

5.2 Im Sprechstundenbericht des B. ___ vom 31. Mai 2022 (Suva-Nr. 47) wurden folgende Befunde erhoben: «OSG Fuss links: Integument intakt und reizlos. Althämatom im Bereich anterolateral über dem Malleolus lateralis. Keine Schwellung über dem Malleolus medialis oder lateralis. Druckdolenz über dem Malleolus lateralis und über dem LFTA. Leichte Druckdolenz über dem Malleolus medialis. Kein Vorfuss-Verschiebeschmerz. Tuberculum ossis Metatarsale V indolent. Beweglichkeit schmerzbedingt eingeschränkt mit Flexion / Dorsalextension 30/0/15° bei Knieflexion (keine forcierte Prüfung). Aufgrund der Schmerzen wurde auf eine Mobilitätsprüfung im USG verzichtet. Neg. Squeeze und Frick Test. Periphere Sensibilität intakt angegeben. Periphere Durchblutung und Motorik intakt.» Weiter wurde zur Beurteilung festgehalten, die klinisch eher milden Befunde und eine fehlende wegweisende Pathologie im konventionellen Röntgenbild stünden im Kontrast zu den anamnestisch eher starken Schmerzen.

5.3 Im Sprechstundenbericht des B. ___ vom 11. Juli 2022 (Suva-Nr. 20) wurde ausgeführt, es bestünden seit einiger Zeit lumboischialgiforme Schmerzen links, welche aber auch bereits vor dem Unfallereignis bestanden hätten. Befunde OSG/Fuss links: Der Fuss selber sei nicht mehr geschwollen. Es finde sich kein Hämatom. Es bestehe nahezu eine ubiquitäre Druckdolenz über dem gesamten Vor- und Mittelfuss, auch über dem OSG. Dieses bewege mit F/E 30-0-10, das USG frei im Vgl. zur Gegenseite. Die Peronealsehnen könnten jedoch bei vorsichtiger Testung aktiviert werden, ebenso Tibialis anterior und Tibialis posterior. Intakte Achillessehne. Der Talusvorschub könne aufgrund von muskulärem Gegenspannen nicht beurteilt werden. Keine Druckdolenz über dem proximalen Fibulaköpfchen. Unauffällige Sensibilität und Perfusion. Keine klassischen Zeichen des CRPS vorhanden.

5.4 Im Sprechstundenbericht des B. ___ vom 22. September 2022 (Suva-Nr. 64) wurde ein Zustand nach OSG-Distorsion links mit persistierenden lumboischialgieformen Schmerzen links DD M. Sudeck diagnostiziert. Das MRI habe eine kleinvolumige links laterale / links foraminale Diskusprotrusion LWK 5 / SWK 1 ergeben. In der liegenden Patientenposition hätten keine Wurzelaffektion oder Spinalkanalstenose und keine relevante oder aktivierte erosive Osteochondrose oder Spondylarthrose bestanden. Differenzialdiagnostisch kämen folgende Genesen in Frage: Entweder ein Morbus Sudeck, welcher sich nach einer OSG-Distorsion entwickelt habe und aktuell die stark neuropathischen Schmerzen verursache. Oder eine okkulte Verletzung im Bereich des OSG. Beide Diagnosen erklärten jedoch auch nicht die intermittierenden Taubheitsgefühle im gesamten linken Bein, von denen der Beschwerdeführer berichte.

5.5 Im Sprechstundenbericht des B. ___ vom 6. Oktober 2022 (Suva-Nr. 60) wurden am linken Fuss folgende Befunde erhoben: Das Integument sei weiterhin unauffällig, der Fuss nicht geschwollen, keine klaren Zeichen eines CRPS. Es bestehe eine nahezu ubiquitäre Druckdolenz, betont jedoch retromalleolär lateral über den Peroneal-Sehnen. Schmerzprovokation bei In- und Eversion gegen Widerstand, ebenso bei dorsaler Extension, nur wenig Schmerzen bei Plantarflexion. Schmerzen über der Lisfranc- und Chopart-Reihe. Die Stabilität könne aufgrund von ausgeprägtem muskulärem Gegenspannen nahezu nicht geprüft werden. Der Beschwerdeführer gebe eine subjektive Hypästhesie dorsal über allen Zehen an, im Bereich des Fussrückens sei die Sensibilität aber wieder normal. Restliche Sensibilität ebenfalls unauffällig. Unauffällige Perfusion.

Weiterhin bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem klinischen Bild und den vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden. 5.6 Im Sprechstundenbericht des B.____ vom 27. Oktober 2022 (Suva-Nr. 84) wurde ein Verdacht auf ein CRPS Fuss links bei St. n. OSG-Distorsion Grad II links am 23. Mai 2022 diagnostiziert. Das zwischenzeitlich durchgeführte MRI zeige bis auf ein diffuses Knochenmarksödem der lateralen distalen Fibula sowie im medialen Malleolus keine korrelierenden Befunde. Klinisch bestünden klare Zeichen eines CRPS. Der Beschwerdeführer sei weiterhin stark leidend und arbeitsunfähig. 5.7 Im neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht des B.____ vom 14. November 2022 (Suva-Nr. 105) führte Dr. med. D.____, Leitender Arzt Neurologie, aus, klinisch zeige sich aktuell in erster Linie eine ausgeprägte Allodynie diffus im Bereich des linken Fusses mit zugleich (allerdings ähnlich zur Gegenseite) kühler Temperatur des linken Fusses, ohne Schwellung und ohne Überwärmung oder Rötung sowie mit exquisiter Druckdolenz respektive maximaler Allodynie über dem malleolus medialis und lateralis. Es finde sich bei allgemein schlankem Patienten mit zierlicher Muskulatur der Beine eine minime generalisierte Muskelatrophie des linken Beines ohne fokale Betonung am Fuss. Klinisch und gemäss elektrophysiologischer Untersuchung gebe es keine Hinweise auf eine radikuläre Pathologie und keine Hinweise auf eine periphere Neuropathie von N. peroneus, tibialis posterior und N. suralis links. Er, Dr. med. D.____, stimme mit der orthopädischen Beurteilung überein, dass die diskrete lumbale Diskushernie auf Höhe LWK 5 / SWK5 die Schmerzen in Fuss und linkem Bein betont im Unterschenkel nicht erklären könne. Aufgrund der ausgeprägten Allodynie, der anamnestisch berichteten intermittierenden Schwellung und zyanotischen Verfärbung des linken Fusses sowie des Vermeidungsverhaltens mit Pseudoparesen im Rahmen einer Schmerzhemmung sowie Vermeidung jeglicher Belastung des linken Fusses bestehe in der Tat der Verdacht auf ein complex regional pain syndrome (CRPS). Das – im schriftlichen Befund nicht aufgeführte – diskrete Knochenmarksödem der Fussknochen stütze diese Diagnose. 5.8 Mit Stellungnahme vom 25. November 2022 (Suva-Nr. 83) hielt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, fest, im Bereich des Fusses habe nach dem Unfall eine Distorsion bestanden. In der ausführlichen bildgebenden Diagnostik seien keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen nachgewiesen worden. Bei der Distorsion im Sinne einer vorübergehenden Erscheinung sei eine Ausheilung innerhalb von 8 – 12 Wochen zu erwarten. Im Bereich des Rückens sei eine degenerative Wirbelsäulenerkrankung mit Discusprotrusionen vorbestehend. Der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen, objektivierbaren Läsionen geführt. Im Rahmen des Unfalls sei es zu einer Prellung der Wirbelsäule im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes gekommen. Eine solche vorübergehende Verschlimmerung heile innerhalb von 6 Monaten aus. 5.9 Mit der als Einsprache betitelten Stellungnahme vom 26. Dezember 2022 (Suva-Nr. 104) führte Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, aus, nach dem Unfall habe der Beschwerdeführer schwierig objektivierbare Schmerzen am linken Fuss entwickelt, die nach den Budapester Kriterien die Verdachtsdiagnose eines Chronic Regional Pain Syndroms ermöglichen. Beim Beschwerdeführer lägen folgende Kriterien vor: Es bestehe ein anhaltender Schmerz, der überproportional zum auslösenden Ereignis sei. Zudem bestünden eine Hyperästhesie und / oder Allodynie, eine Veränderung / Asymmetrie der Schweisssekretion, eine Bewegungseinschränkung und / oder motorische Dysfunktion (Schwäche). Sodann gebe es keine andere Diagnose, die die Symptome und Befunde besser erkläre. 5.10 Im Bericht des F.____, Schmerzzentrum, vom 22. Dezember 2022 (Suva-Nr. 106) wurden folgende

Diagnosen gestellt: CRPS Typ I Fuss links mit/bei: - DD CRPS in partieller Remission - St. n. OSG-Distorsion Grad II links am 23. Mai 2022 Die Budapest-Kriterien zeigten sich in der heutigen Untersuchung positiv mit einem Severity Score von 6 Punkten, jedoch sei die genaue anamnestische Symptomatik aufgrund der sprachlichen Differenzen schwierig zu erheben. Es bestehe aktuell eine Physiotherapie, eine Ergotherapie werde nicht durchgeführt, dies gehöre gemäss AWMF-Leitlinie zur Standardtherapie eines CRPS. Dem vom Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eingereichten Erhebungsblatt des F.____ betreffend die CRPS-Kriterien vom 1. Dezember 2022 (Suva-Nr. 135) ist weiter zu entnehmen, dass anamnestisch ein anhaltender disproportionaler Schmerz, eine Asymmetrie von Hautfarbe, ein asymmetrisches Ödem sowie motorische Veränderungen angegeben worden seien. Zudem hätten bei der Untersuchung ein asymmetrisches Ödem und motorische Veränderungen festgestellt werden können. 5.11 In der ärztlichen Beurteilung vom 22. Februar 2023 (Suva-Nr. 128) führte Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, aus, der Versicherte habe einen Unfall erlitten mit einem Distorsionstrauma des linken Fusses und bei diesem Ereignis vermutlich auch eine leichte Stauchung der Lendenwirbelsäule. Im Rahmen des Distorsionstraumas des Fusses seien unfallbedingte strukturelle Läsionen weder im Röntgen noch in der Kernspintomografie nachgewiesen worden. Es bestehe insofern unfallbedingt eine Distorsion im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Abheilung innerhalb von drei Monaten. Die prolongierte Schmerzsymptomatik sei zum Teil durch die lumboischialgiformen Beschwerden beeinflusst worden. Möglicherweise sei im Verlauf der Zeit auch ein CRPS entstanden, dies stehe jedoch nicht in dem geforderten zeitlichen Zusammenhang zum erlittenen Ereignis vom 23. Mai 2022. In Bezug auf die lumboischialgiforme Schmerzsymptomatik ergebe sich aus der Diagnostik mit MRT der Lendenwirbelsäule keine unfallbedingte strukturelle Läsion. Es handle sich daher um eine vorübergehende Verschlimmerung eines vorbestehenden degenerativen Schadens der Lendenwirbelsäule mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von einem halben Jahr. Die weiterhin bestehende Schmerzsymptomatik stehe daher nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfall. 6. Wie der Suva-Arzt Dr. med. C.____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 22. Februar 2023 hinsichtlich der Rückenbeschwerden korrekt festgehalten hat, ergibt sich aus der Diagnostik mit MRT der Lendenwirbelsäule keine unfallbedingte strukturelle Läsion. Sodann führte er diesbezüglich nachvollziehbar aus, es handle sich daher um eine vorübergehende Verschlimmerung eines vorbestehenden degenerativen Schadens der Lendenwirbelsäule mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von einem halben Jahr. In diesem Zusammenhang ist auf die bundesgerichtliche Diskushernien-Rechtsprechung zu verweisen, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil 8C_552/2020 vom 16. Dezember 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Dasselbe gilt für Diskusprotrusionen, die nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind (Urteile 8C_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 4.1.2 und 8C_735/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1 und 5.3.2). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie oder -protrusion betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In der

Rechtsprechung werden als Beispiele für ein Unfallereignis von besonderer Schwere etwa ein freier Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit genannt. Es sind massivste Gewalteinwirkungen auf den Körper notwendig (Urteil des Bundesgerichts 8C_811/2012 vom 4. März 2013 E. 6.1 und 6.2). Eine solche massive Gewalteinwirkung ist gestützt auf die vorliegenden Akten nicht erstellt. So wurden bezüglich des Rückenbereichs des Beschwerdeführers über keine äusserlich sichtbaren Spuren wie beispielsweise ein Hämatom berichtet. Aufgrund dessen ist ein Unfallereignis von besonderer Schwere im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen. Zudem muss eine entsprechende richtunggebende Verschlimmerung insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben, was vorliegend ebenfalls zu verneinen ist. Soweit ersichtlich war auch erst am 11. Juli 2022 erstmals von Rückenschmerzen die Rede. Des Weiteren ist im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der Beurteilung von Dr. med. C.____ festzuhalten, dass lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung vorliegt, wenn die Diskushernie oder -protrusion bei (stummem) degenerativem Vorzustand durch den Unfall, wie im vorliegenden Fall, nur allenfalls aktiviert, nicht aber verursacht worden ist. Diesfalls hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteile 8C_552/2020 vom 16. Dezember 2020 E. 3.2; 8C_408/2019 vom 26. August 2019 E. 3.3; 8C_834/2018 vom 19. März 2019 E. 3.3; SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1. 8C_677/2007 E. 2.3 und 2.3.2 mit Hinweisen). Im Lichte dessen ist es gestützt auf die vorliegenden Akten nicht zu beanstanden, dass Dr. med. C.____ den status quo sine innerhalb eines halben Jahres als erreicht erachtete. 7. Des Weiteren ist zu prüfen, ob das im vorliegenden Fall diagnostizierte Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag. 7.1 7.1.1 Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind 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 (zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1623). Das CRPS ist eine

neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2; 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteile 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.1; 8C_177/2016 vom 22. Juni 2016 E. 4.3). Entscheidend ist, dass 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 8C_411/2017 vom 17. Juli 2018 E. 3.3.1; 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5; 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69). 7.1.2

Massgeblich bei der Diagnose des CRPS ist die klinische Untersuchung, wobei die sogenannten Budapest-Kriterien gültig sind, in welchen zwischen Zeichen und Symptomen differenziert wird. Symptome werden vom Patienten anamnestisch geschildert, Zeichen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Arzt manifest. Für die Diagnose eines CRPS muss mindestens ein Symptom aus mindestens drei der vier Kategorien anamnestisch vorliegen oder vorgelegen sein, des Weiteren muss mindestens ein klinisches Zeichen aus mindestens zwei der vier Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen (vgl. KRÖNER-HERWIG / FRETTLÖH / KLINGER / NILGES [Hrsg.], Schmerzpsychotherapie, Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung, 8. Aufl. 2017, S. 570, GÖBEL / SABATOWSKI [Hrsg.], Weiterbildung Schmerzmedizin, CME-Beiträge aus: Der Schmerz 2013 – 2014, S. 68, KOMMISSION LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE [Hrsg.], Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS], publiziert bei: AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, S. 12). Die massgeblichen Kriterien gliedern sich wie folgt: 1. Anhaltender Schmerz, inadäquat zum vorangegangenen Trauma 2. Anamnestisch erhobene Symptomatik (Patient benennt mindestens 1 Symptom aus mindestens 3 der 4 Kategorien): - Sensibilität: Hyperästhesie - Motorik / Trophik: Einschränkung des Bewegungsumfangs und / oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie) und / oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel) - Sudomotorik / Ödem: Ödem und / oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens - Vasomotorik: Temperaturveränderung und / oder Asymmetrie der Hautfarbe 3. Medizinische Befunde (Nachweis von mindestens einem klinischen Zeichen in mehr als 2 Kategorien): - Sensibilität: Hyperalgesie bei Nadelreizen und / oder Allodynie bei leichter Berührung - Motorik / Trophik: eingeschränkter Bewegungsumfang und / oder motorische Dysfunktion (Schwäche, Tremor, Dystonie), und / oder trophische Veränderungen (Haut, Haare, Nägel) - Sudomotorik / Ödem: Ödem und / oder Asymmetrie/Veränderung des Schwitzens - Vasomotorik: Temperaturveränderung und / oder Asymmetrie der Hautfarbe 4. Es darf keine andere Erkrankung vorliegen, welche die Symptome und klinischen Zeichen hinreichend erklären würde. 7.2 Im Sprechstundenbericht des B.____ vom 11. Juli 2022 (Suva-Nr. 20) wurde ausgeführt, der Fuss des Beschwerdeführers sei nicht mehr geschwollen. Es finde sich kein Hämatom. Es bestehe nahezu eine ubiquitäre Druckdolenz über dem gesamten Vor- und Mittelfuss, auch über dem OSG. Es seien keine klassischen Zeichen des CRPS vorhanden. Im Sprechstundenbericht des B.____ vom 22. September 2022 (Suva-Nr. 64) wurde erstmals die Verdachtsdiagnose eines Morbus Sudeck bzw. CRPS gestellt, ohne dies aber zu begründen und entsprechende Befunde zu benennen. Im

Sprechstundenbericht des B.____ vom 6. Oktober 2022 (Suva-Nr. 60) wurde sodann festgehalten, das Integument sei weiterhin unauffällig, der Fuss nicht geschwollen, es bestünden keine klaren Zeichen eines CRPS. Im Sprechstundenbericht des B.____ vom 27. Oktober 2022 (Suva-Nr. 84) wurde wiederum ein Verdacht auf ein CRPS am Fuss links gestellt, wobei als typische Befunde lediglich ein diffuses Knochenmarksödem erhoben wurde. Damit kann nicht anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden, die betroffene Person habe innerhalb der vorgenannten Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (s. E. II. 7.1.1 hiervor) zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten. Somit ist das Vorliegen des von den behandelnden Ärzten teilweise diagnostizierten CRPS als Folge des Unfallereignisses vom 23. Mai 2022 und damit die Unfallkausalität eines möglichen CRPS bereits aus den genannten Gründen zu verneinen. Daran vermögen die zeitlich nachfolgenden Berichte – Neurologischer Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht des B.____ vom 14. November 2022 (Suva-Nr. 105) und Bericht des F.____, Schmerzzentrum, vom 22. Dezember 2022 (Suva-Nr. 106) – in welchen ein CRPS im Lichte der in E. 7.1.2 hiervor aufgeführten Kriterien grundsätzlich nachvollziehbar diagnostiziert wurde, nichts zu ändern, da sich damit allfällige innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall bestehende einschlägige Symptome eben nicht belegen lassen. Zum gleichen Resultat gelangt denn auch Dr. med. C.____, Suva Versicherungsmedizin, in seiner ärztlichen Beurteilung vom 22. Februar 2023. Auf seine diesbezüglichen schlüssigen Ausführungen kann ergänzend verwiesen werden. An diesem Resultat vermögen schliesslich auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Insofern er auf den undatierten Bericht seines Physiotherapeuten (Suva-Nr. 134) verweist, ist festzuhalten, dass darauf zwar innerhalb von sechs bis acht Wochen teilweise echtzeitliche Beschwerden dokumentiert werden. Es handelt sich dabei aber grösstenteils um unspezifische subjektive Beschwerdeangaben, weshalb gestützt darauf nicht erstellt ist, dass es sich hierbei um für ein CRPS typische Symptome gehandelt hat. Zusammenfassend ist demnach die Unfallkausalität eines möglichen CRPS zu verneinen.

8. 8.1 Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann – wie im vorliegenden Fall – weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Bei schweren Unfällen wird die Adäquanz bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein

schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. 8.2 Vorliegend ist von folgendem Unfallhergang auszugehen (s. Suva-Nr. 61): Der Beschwerdeführer sei auf der Baustelle hinuntergestiegen. Es sei sehr dunkel gewesen und er habe nicht wirklich etwas gesehen. Ein Schacht von 80 cm x 80 cm Grösse und einer Tiefe von ca. 2.5 – 3 m sei nicht abgedeckt gewesen. Er habe diesen Schacht nicht gesehen und sei reingefallen. Er sei mit der ganzen linken Seite im Schacht gelandet, die rechte Körperseite sei draussen gewesen. Weiter gab der Beschwerdeführer an, er habe Glück gehabt, denn wenn er komplett reingefallen wäre, wäre er 3 m tief gefallen und hätte sterben können. 8.3 Als leichte Unfälle sind der Rechtsprechung unter anderem folgende Fallbeispiele zu entnehmen: (Die fünf erstgenannten Beispiele stammen aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1.) · Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde · Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab. · Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach. · Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen. Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist mithin den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies umso mehr, als der Versicherte danach in der Lage war, den mehrstündigen Rücktransport im Bus auf sich zu nehmen und erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte. · Die Versicherte, welche von einer Person, die von einer anderen beim Turnen über die Schulter geworfen wurde, mit den beschuhten Füßen einen Schlag von rechts an den Hals, Nacken und Kopf bekam. Danach fiel sie zu Boden und erbrach. · Der Unfall der Versicherten vom 24. Februar 2004 (Sturz beim Aussteigen aus dem Auto) ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) als leicht zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 21. Januar 2010). · Eine versicherte Person stolperte im Dunkeln auf einer Strasse, stürzte und schlug mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden auf (Urteil des Bundesgerichts U 367/01 vom 21. März 2003 E. 4.2). Angesichts der genannten Beispiele kann das Unfallereignis vom 23. Mai 2022 (zum Unfallhergang s. E. II. 8.2 hiavor) nicht anders denn als leicht beurteilt werden. Demnach ist im vorliegenden Fall die adäquate Kausalität der nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden ohne Weiteres zu verneinen, womit auch kein Raum für eine allfällige Rentenzusprache oder eine Integritätsentschädigung besteht. 9. 9.1 Zusammenfassend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 23. Mai 2022 verneinte und ihre Leistungen per 30. November 2022 einstellte. Zudem ist gestützt auf die vorgehenden Ausführungen das vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte medizinische Gerichtsgutachten in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 9.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 9.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.