

SO_GERICHTE VSBES.2025.160 vom 3. Februar 2026

SO Obergericht, 2026-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.160

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.160 du 3 février 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.160 del 3 febbraio 2026

Erwägungen

E. 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 Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 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.

E. 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 entfielen (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).

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).

E. 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 im vorliegenden Verfahren, ob die Beschwerdegegnerin bezüglich des Ereignisses vom 13. April 2024 ihre weitergehende Leistungspflicht zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht betreffend CT Fuss rechts vom 28. Mai 2024 (SA-Nr. 9) wurden folgende Befunde erhoben: «Osteopore Knochenstrukturen. Kein Nachweis einer Fraktur, insbesondere nicht einer dislozierten Fraktur am Dig 2 oder am Vorfuss. Leichte Sklerosen dorsal an der Grundphalanx Dig 4, dort möglicherweise nach früherem Trauma. Auch am Rückfuss keine traumatischen knöchernen Läsionen. Keine substanziellen Degenerationen. Keine Weichteilverkalkungen. Auf dem Weichteilfenster soweit im CT beurteilbar normale Sehnen und Bänder.» Sodann hielt der Radiologe zur Beurteilung fest, «Keine fassbare Fraktur am rechten Fuss, auch nicht an Dig 2.»

5.2 Im Bericht vom 10. Juni 2024 (SA-Nr. 6) diagnostizierte Prof. Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine undislozierte Fraktur proximale Phalanx Zehen 2 ■ 4 Fuss rechts bei Stauchungstrauma vom 13. April 2024. Das konventionelle Röntgen und das CT Vorfuss rechts zeige die genannte Diagnose. Die Frakturen seien nun verheilt.

5.3 Im Bericht betreffend MRT Kniegelenk nativ rechts vom 21. Juni 2024 (SA-Nr. 14) wurde zur Beurteilung Folgendes festgehalten:

5.4 Im Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F.____, vom 1. Juli 2024 (SA-Nr. 20) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Dr. med. E. ___ führte zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer habe den rechten Fuss gegen einen Tisch angeschlagen und sich am Fuss rechts verletzt. Die Frakturen seien Anfang Juni extern beurteilt worden und seien verheilt. Der Fuss sei immer noch sehr schmerzhaft. Ungefähr einen Monat nach dem Unfall hätten Knieschmerzen begonnen. Therapeutisch sei die Arbeit seit dem 21. Mai 2024 sistiert. Vorher habe der Beschwerdeführer gearbeitet und noch 2 Wochen Ferien gemacht. Sodann hielt Dr. med. E. ___ betreffend das Röntgen am Knie rechts und Fuss rechts fest, der mediale Knorpelraum sei deutlich vermindert, ca. 50 %. Femoro- patellär medial gemäss MRT schwer verändert. Meniskusveränderungen medial im Hinterhorn mit diffuser Schwellung mit kurzen Rissen horizontal und radiär. Die Grundphalanx-Frakturen 2 ■ 4 seien anatomisch geheilt. Schliesslich wurde zur Beurteilung ausgeführt, gut 2.5 Monate nach Grundphalanx-Frakturen der Zehen 2 ■ 4 rechts bestünden noch deutliche Zeichen der Fraktur-Heilung und Irritation des Fusses mit einem Ödem am Fussrücken entsprechend einer Fehlbelastung. Konsekutiv Knieschmerzen rechts. Er, Dr. med. E. ___, denke, dass die Meniskusläsion medial durch die Fehlbelastung symptomatisch geworden sei.

5.5 Im Bericht betreffend MRI Fuss rechts vom 14. August 2024 (SA-Nr. 33) wurde zur Beurteilung festgehalten:

5.6 Dr. med. E. ___, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F. ___, hielt in seinem Bericht vom 19. August 2024 (SA-Nr. 35) fest, gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei der rechte Fuss immer noch geschwollen. Vor allem nach Belastungen. Nachts und bei Hochlagern schwellen der Fuss ab. Schmerzen habe er immer noch, mal mehr, mal weniger. Er gehe mittlerweile ohne Stöcke. Allerdings benütze er diese noch, wenn er grössere Strecken gehen müsse. Sodann erhob Dr. med. E. ___ folgende Befunde: Ödematöse teigige Schwellung ab distalem Unterschenkel bis ganzer Fuss. Druckdolenzen an verschiedenen Stellen mässiger Natur, so z.B. am Grosszehengrundgelenk rechts. Keine Rötungen. Weiter führte Dr. med. E. ___ zur Beurteilung aus, seit dem Unfall vom 13. April 2024 habe sich ein chronischer Schmerz- und Schwellungszustand eingestellt. In der aktuellen MRT zeige sich eine fleckförmige Entmineralisierung, welche einem beginnenden CRPS/Sudeck entsprechen könnte. Klinisch passe das durchaus. Der Verlauf sei sehr langsam bessernd, aber doch schon vier Monate nach einer eigentlich banalen Verletzungen der Zehen-Grund-Phalangen 2 ■ 4 rechts weit entfernt von einer Heilung.

5.7 Mit Kurzbeurteilung vom 19. September 2024 (SA-Nr. 41) hielt Dr. med. B. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, fest, die Diagnose eines CRPS sei nicht im Abgleich mit den Kriterien gesichert. Sodann werde in den Konsultationsberichten immer wieder eine Fraktur der Grundglieder der 2 ■ 4 Zehe rechts dokumentiert, welche aber nie objektiviert worden sei, sondern eher durch das CT ausgeschlossen worden sei. Es dränge sich die Frage auf, was hier eigentlich monatelang behandelt worden sei. Auch wenn es jetzt zur formalen Diagnose eines CRPS in der Schmerzklinik kommen sollte, dann sei die Unfallkausalität lange noch nicht gegeben. Im Zusammenhang mit einem Unfall manifestiere sich ein CRPS innerhalb von 6 ■ 8 Wochen. In vorliegendem Fall sei einiges eigenartig, so habe der Versicherte z.B. auch noch mehrere Wochen nach dem Ereignis regulär gearbeitet.

5.8 Mit Beurteilung vom 1. Oktober 2024 (SA-Nr. 44) führte Dr. med. C. ___, Facharzt für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, aus, neurologisch-versicherungsärztlich sei die initiale Verdachtsäusserung aufgrund einer Dichteminderung in einer MRI-Untersuchung

vom 14. August 2024 nicht geeignet für eine Diagnosestellung eines CRPS. Ein CRPS sei eine klinische Ausschlussdiagnose, welche keine apparativen Zusatzuntersuchungen bedürfe und üblicherweise entsprechend den Diagnosekriterien nach Harden (sogenannte Budapest Kriterien) zu stellen sei. Ein Hauptkriterium sei der initiale disproportionale Schmerz zum Trauma-Geschehen oder einem chirurgischen Eingriff, welcher zeitnah innerhalb der ersten sechs bis acht Wochen aufzutreten habe. Weder sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem disproportionalen Schmerz auszugehen, wenn dieser Schmerz nur belastungsabhängig gelegentlich auftrete, wie in der Berichterstattung der F. ___ vom 19. August 2024. Noch seien anamnestisch/klinische Kriterien hinsichtlich Sensibilitätsstörung, Vasomotorik, Sudomotorik / Ödem und Motorik / Trophik gegeben. Ausser einer belastungsabhängigen Schwellung habe diesbezüglich kein weiteres Kriterium weder anamnestisch noch klinisch bestanden, sodass neurologisch-versicherungsärztlich in Übereinstimmung mit der chirurgisch-versicherung-särztlichen Stellungnahme vom 19. September 2024 kein Hinweis für ein CRPS vorliege. Rein aus neurologisch-versicherungsärztlicher Sicht liege kein unfallkausaler Gesundheitsschaden vor.

5.9 Mit der Ärztlichen Beurteilung vom 15. Oktober 2024 (SA-Nr. 46) führte Dr. med. B. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, aus, am 13. April 2024 habe sich der Versicherte den rechten Vorfuss beziehungsweise die rechten Zehen an einem Tischbein geprellt. In den folgenden Untersuchungen, speziell in der Computertomographie als Schichtbild-Untersuchung vom 28. Mai 2024, hätten strukturelle Unfallfolgen ausgeschlossen werden können. Alle darauffolgenden Bildgebungen hätten keine Kenntnis von dieser Computertomographie gehabt und seien von der ihnen vorliegenden klinischen Angabe ausgegangen, dass eine Fraktur der 2. bis 4. Grundphalanx am rechten Fuss vorliege. Deshalb tauche immer wieder die Beurteilung auf, dass diese «anatomisch» verheilt sei. Aber auch in allen der Computertomographie folgenden Bildgebungen finde sich kein Hinweis und kein Anhalt für eine stattgehabte Gewalteinwirkung in diesem Bereich beziehungsweise im Bereich des rechten Fusses. Es sei ihm, Dr. med. B. ___, ein Rätsel, warum von allen Behandlern die objektivierbare Bildgebung vom 28. Mai 2024 ignoriert worden sei und im Sinne von Copy paste immer wieder die Diagnose einer undislozierten Zehenfraktur 2 bis 4 genannt worden sei. In Kenntnis des vollständigen Dossiers könne er beurteilen, dass diese praktisch mit Sicherheit nicht vorliege. Bezüglich eines CRPS habe er bereits am 19. September 2024 mit seiner Kurzbeurteilung dokumentiert, dass dieses in Abgleich mit den Budapest Kriterien nicht vorliege. Dr. med. C. ___ habe dies am 1. Oktober 2024 in seiner Beurteilung auch noch sehr ausführlich medizinisch begründet, darauf sei zu verweisen. Ebenso seien am rechten Kniegelenk keine unfallkausalen objektivierbaren strukturellen Läsionen nachgewiesen worden. Hier handle es sich bereits um eine recht fortgeschrittene Degeneration im Sinne einer Arthrose mit einem typischen degenerativen Meniskusschaden am Innenmeniskus-Hinterhorn. Zudem sei das Ereignis, ein Anstossen der rechten Zehen an einem Tisch, völlig ungeeignet, irgendwelche strukturellen Läsionen am Knie hervorzurufen. In Würdigung sämtlicher objektiven Befunde komme er, Dr. med. B. ___, deshalb zum Schluss, dass als einzige Unfallfolge eine Prellung der rechten Zehen vorgelegen habe. Eine Prellung des Vorfusses sei üblicherweise nach einigen Tagen bis wenigen Wochen abgeheilt. Grosszügig beurteilt sehe er nach acht bis zehn Wochen nach dem Ereignis keine Unfallfolgen mehr vorliegen, in der Konsequenz sei ab diesem Zeitpunkt auch keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben.

5.10 Mit Schreiben vom 18. Januar 2025 (SA-Nr. 89) beantwortete Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Fragen und führte diesbezüglich aus, er diagnostiziere undislozierte Frakturen proximale Phalangen Zehe 2 ■ 4 Fuss rechts, ein CRPS ED 13. August 2024 sowie Knieschmerzen rechts bei medialer Meniskopathie (Riss des Meniskushinterhornes) ■ manifest seit dem Unfallereignis vom 13. April 2024. Weiter hielt Dr. med. G.____ fest, die festgestellten Befunde seien auf das Unfallereignis zurückzuführen, da der Beschwerdeführer zuvor völlig beschwerdefrei gewesen sei. Die festgestellten Befunde könnten weder degenerativ entstanden noch krankhafter Natur sein. Die Schmerzen seien im Verlauf der Heilung der Frakturen entstanden, parallel mit einer zunehmenden Schwellung, Überwärmung, leichte Rötung und exquisiten Druckdolenz. Die Diagnose eines CRPS sei nicht allein aufgrund der MRI-Untersuchung des Fusses gestellt worden, sondern zusammen mit dem klinischen Befund. Die Beschwerden seien auch nach dem 22. Oktober 2024 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. April zurückzuführen. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer keinerlei Beschwerden gehabt. Der lange Verlauf passe gut zu einem CRPS. Das CRPS sei sehr schnell erkannt und adäquat behandelt worden, nach den Vorgaben von Prof. Dr. D.____ ■ einem international anerkannten Fusschirurgen.

6. Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, lege in seiner ärztlichen Beurteilung vom 15. Oktober 2024 wohlbegründet dar, dass die in den Berichten der behandelnden Ärzten gestellt Diagnose einer Fraktur der 2. bis 4. Grundphalanx gestützt auf die bildgebenden Untersuchungen nicht nachvollziehbar ist. So hätten in der Computertomographie vom 28. Mai 2024 strukturelle Unfallfolgen ausgeschlossen werden können. Explizit sei vom Radiologen beurteilt worden, dass keine fassbaren Frakturen am rechten Fuss vorlägen, auch nicht am Dig II. Er, Dr. med. B.____, könne diesen Befund auf den ihm vorliegenden Bildern nur bestätigen. Alle darauffolgenden Bildgebungen hätten keine Kenntnis von dieser Computertomographie gehabt und seien von der ihnen vorliegenden klinischen Angabe ausgegangen, dass eine Fraktur der 2. bis 4. Grundphalanx am rechten Fuss vorliege. Deshalb tauche immer wieder die Beurteilung auf, dass diese «anatomisch» verheilt sei. Aber auch in allen der Computertomographie folgenden Bildgebungen finde sich kein Hinweis und kein Anhalt für eine stattgehabte Gewalteinwirkung in diesem Bereich beziehungsweise im Bereich des rechten Fusses. In Kenntnis des vollständigen Dossiers könne er beurteilen, dass eine Fraktur praktisch mit Sicherheit nicht vorliege. Diese kreisärztlichen Ausführungen vermögen zu überzeugen. So ist es nicht nachvollziehbar, weshalb Prof. Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, in seinem Bericht vom 10. Juni 2024 die Diagnose einer undislozierten Fraktur proximale Phalanx Zehen 2 ■ 4 Fuss rechts stellte, obwohl im CT-Bericht vom 28. Mai 2025 eine solche Fraktur ausdrücklich verneint wurde. Des Weiteren leuchten auch die kreisärztlichen Ausführungen ein, wonach am rechten Kniegelenk ebenso keine unfallkausalen objektivierbaren strukturellen Läsionen nachgewiesen worden seien. Hier handle es sich bereits um eine recht fortgeschrittene Degeneration im Sinne einer Arthrose mit einem typischen degenerativen Meniskusschaden

am Innenmeniskus-Hinterhorn. Zudem sei das Ereignis, ein Anstossen der rechten Zehen an einem Tisch, völlig ungeeignet, irgendwelche strukturellen Läsionen am Knie hervorzurufen. An dieser schlüssigen Beurteilung vermögen auch die Ausführungen von Dr. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 18. Januar 2025 nichts zu ändern. Dr. med. G.____ argumentiert hauptsächlich damit, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 13. April 2024 vollständig beschwerdefrei gewesen sei. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass 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 ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Zudem ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. G.____ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist.

6.2 Des Weiteren ist unter den Parteien bzw. zwischen den behandelnden und den Suva-Ärzten umstritten, ob beim Beschwerdeführer ein sogenanntes Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS) vorliegt.

6.2.1 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 Schweissekretionsstörung, 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).

6.2.2 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:

6.2.3 Diesbezüglich legte Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, in seiner Beurteilung vom 1. Oktober 2024 nachvollziehbar dar, der initiale Verdacht auf ein CRPS sei aufgrund einer Dichteminderung in einer MRI-Untersuchung vom 14. August 2024 geäussert worden, was jedoch für eine Diagnosestellung eines CRPS nicht geeignet sei. Ein CRPS sei eine klinische Ausschlussdiagnose, welche keine apparativen Zusatzuntersuchungen bedürfe und üblicherweise entsprechend den Diagnosekriterien nach Harden (sogenannte Budapest Kriterien) zu stellen sei. Ein Hauptkriterium sei der initiale disproportionale Schmerz zum Trauma-Geschehen oder einem chirurgischen Eingriff, welcher zeitnah innerhalb der ersten sechs bis acht Wochen aufzutreten habe. Weder sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem disproportionalen Schmerz auszugehen, wenn dieser Schmerz nur belastungsabhängig gelegentlich auftrete, wie in der Berichterstattung der F.____ vom 19. August 2024 festgehalten worden sei. Noch seien anamnestisch/klinische Kriterien hinsichtlich Sensibilitätsstörung, Vasomotorik, Sudomotorik / Ödem und Motorik / Trophik gegeben. Ausser einer belastungsabhängigen Schwellung habe diesbezüglich kein weiteres Kriterium weder anamnestisch noch klinisch bestanden, sodass ein CRPS zu verneinen sei. Auf diese schlüssigen kreisärztlichen Ausführungen kann abgestellt werden.

6.3 Im Lichte der vorstehenden Ausführungen vermögen sodann auch die kreisärztlichen Schlussfolgerungen zu überzeugen, dass als einzige Unfallfolge eine Prellung der rechten Zehen vorgelegen habe. Eine Prellung des Vorfusses sei üblicherweise nach einigen Tagen bis wenigen Wochen abgeheilt. Grosszügig beurteilt sehe er, Dr. med. B.____, nach acht bis zehn Wochen nach dem Ereignis keine Unfallfolgen mehr vorliegen, in der Konsequenz sei ab diesem Zeitpunkt auch keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben.

6.4 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert der überzeugenden kreisärztlichen Beurteilungen nicht zu vermindern, wie nachfolgend darzulegen ist ■ insoweit diese nicht bereits im Rahmen der vorgehenden Beweiswürdigung implizit gewürdigt wurden. Insofern der Beschwerdeführer den Umstand bemängelt, dass er von den Suva-Ärzten nie persönlich untersucht worden sei, legte die Beschwerdegegnerin korrekt dar, dass es in der Kompetenz der hierfür qualifizierten Versicherungsmediziner liegt zu entscheiden, ob eine persönliche Untersuchung nötig ist

oder nicht. So ist ein versicherungsmedizinischer Aktenbericht denn auch zulässig, wenn die Akten wie im vorliegenden Fall ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt (RKUV 1993 S. 95 E. 5d; Urteil des BGer 8C_826/2008 vom 2.4.2009 E. 5.2). Im Übrigen ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass der Versicherungsträger vorübergehende Leistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund «ex nunc und pro futuro» einstellen kann, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteile BGer 8C_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungsbegründendem Gesundheitsschaden gar nie bestanden hat oder dahingefallen ist (Urteil BGer 8C_319/2020 vom 3. September 2020 E. 6.4).

7. Zusammenfassend bestehen somit bezüglich der kreisärztlichen Beurteilungen keine auch nur geringen Zweifel, weshalb darauf abgestellt werden kann. Im Lichte dessen kann der Antrag des Beschwerdeführers, eventualiter seien weitere Abklärungen, insbesondere die Einholung eines externen oder gerichtlichen Gutachtens, vorzunehmen, in antizipierter Beweiswürdigung abgewiesen werden. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Isch

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