

# UR\_GERICHTE OG V 14 61 vom 18. Dezember 2015

UR Obergericht, 2015-12-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur\\_gerichte\\_OG V 14 61](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte_OG_V_14_61)

FR: UR\_GERICHTE OG V 14 61 du 18 décembre 2015

IT: UR\_GERICHTE OG V 14 61 del 18 dicembre 2015

## Erwägungen

### E. 2

Die Beschwerdegegnerin holte im Zusammenhang mit dem hier interessierenden Ereignis vom 10. Oktober 2010 im Nachgang zum Schreiben der Beschwerdeführerin vom 19. April 2013 mehrere kreisärztliche Berichte ein. Die Beschwerdeführerin bestritt in der Folge die Beweiskraft beziehungsweise die Beweistauglichkeit kreisärztlicher Berichte (vergleiche Beschwerdeschrift vom 10.09.2014, S. 8 Ziff. 8) und erachtet namentlich den Bericht von Dr. med. R.-J. Merz, Facharzt FMH für Chirurgie, Luzern, vom 24. Oktober 2014 als formell-rechtlich unzulässig, da nach Einreichung des Rechtsmittels ohnehin keine weiteren oder zusätzlichen Abklärungen vorgenommen werden dürften (Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 16.02.2015, S. 2). Der Fall wäre nach Auffassung der Beschwerdeführerin einer externen interdisziplinären Begutachtung zuzuführen gewesen (Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 12.01.2015, S. 5 f. Ziff. 6). In einem ersten Schritt ist daher nachfolgend zu prüfen, ob die entsprechenden kreisärztlichen Berichte – insbesondere der Bericht von Dr. med. R.-J. Merz vom 24. Oktober 2014 – als Beweismittel zulässig sind.

a) Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 8C\_410/2013 vom 15.01.2014 E. 5.1).

Abklärungsmassnahmen haben dabei bereits im Verwaltungsverfahren zu erfolgen und dürfen nicht erst im Einsprache- beziehungsweise im gerichtlichen Beschwerdeverfahren erfolgen. Entsprechend darf die Verwaltung nicht zunächst eine Verfügung mit einer Standard-Begründung erlassen, um in der Folge erst im Einspracheentscheid die im konkreten Fall massgeblichen Gründe für die behördliche Anordnung anzuführen und die Begründung damit gleichsam nachzuschieben (BGE a.a.O. E. 5.1). Vielmehr hat sie die Verfügung mit erkennbarer Bezugnahme auf die getätigten Abklärungen zu begründen (BGE a.a.O. E. 5.1). Aufgrund des Devolutiveffekts der Beschwerde ist es der Verwaltung schliesslich grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (BGE a.a.O. E. 5.1 mit Hinweisen). Mit Blick auf die Möglichkeit des Versicherungsträgers einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, bis zur Einreichung einer Beschwerdeantwort in Wiedererwägung zu ziehen (Art. 53 Abs. 3 ATSG), ist es indes nicht schlechterdings ausgeschlossen, dass der Versicherungsträger bis zu diesem Zeitpunkt weitere Abklärungen trifft (vergleiche BGE 127 V 232 f. E. 2b/bb).

Rechtsprechungsgemäss dürfen in diesem Verfahrensstadium jedoch keine Abklärungsmassnahmen getroffen werden, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften (BGE 8C\_410/2013 vom 15.01.2014 E. 5.3). Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen, BGE a.a.O. E. 5.3). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE a.a.O. E. 5.3).

b) Die kreisärztlichen Berichte von Dr. med. B. Mark, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, SUVA Zentralschweiz, vom 24. Juli 2013 sowie 28. August 2013 wurden von der Beschwerdegegnerin vor Erlass ihrer Verfügung vom 7. Januar 2014 eingeholt. Dieses Vorgehen ist mit Blick auf das soeben Ausgeführte zulässig und wird im Grunde auch nicht bestritten. Inwiefern diese Berichte eine zuverlässige Sachverhaltsbeurteilung zulassen, wird an anderer Stelle zu klären sein (vergleiche E. 7 hernach). Näher zu prüfen ist hingegen die Zulässigkeit der Einholung des kreisärztlichen Berichts von Dr. med. R.-J. Merz vom 24. Oktober 2014. Dieser Bericht wurde von der Beschwerdegegnerin erst nach Einlegung des Rechtsmittels der Beschwerdeführerin vom 10. September 2014 einverlangt. Da die Beschwerdegegnerin sich gegenüber dem Obergericht allerdings erst mit Eingabe vom 31. Oktober 2014 zur Sache äusserte, waren eingeschränkte Abklärungsmassnahmen vor diesem Zeitpunkt grundsätzlich noch möglich (vergleiche E. 2a hievor).

c) In seiner Beurteilung vom 24. Oktober 2014 analysierte Dr. med. R.-J. Merz den hier vorliegenden Fall gestützt auf verschiedene sich in den Akten befindliche medizinische und juristische Unterlagen. Es handelt sich somit um eine Aktenbeurteilung und die Mitwirkung der Beschwerdeführerin wurde nicht verlangt. Die zeitliche Intensität der Abklärungsmassnahme ist denn auch als sehr gering einzustufen, datiert die Beschwerdeeingabe doch vom 10. September 2014 und erging der ärztliche Bericht bereits gut einen Monat später am 24. Oktober 2014. In BGE 8C\_410/2013 vom 15.01.2014 wurde eine 19 Seiten umfassende chirurgische Beurteilung ohne Mitwirkung der Versicherten als zulässig erachtet (E. 5.5). Nichts anderes hat mit Blick auf das bisher Ausgeführte im vorliegenden Fall zu gelten. Der ärztliche Bericht von Dr. med. R.-J. Merz vom 24. Oktober 2014 ist als Beweismittel daher grundsätzlich zulässig.

### **E. 3**

In der Sache ist im vorliegenden Fall strittig und zu prüfen, ob die von der Beschwerdeführerin rückfallweise beklagten Fussbeschwerden mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23. Oktober 2006 zurückzuführen, beziehungsweise ob weitere Sachverhaltsabklärungen diesbezüglich nötig sind.

a) Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden einerseits ein natürlicher und andererseits ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei körperlichen Unfallfolgen genügt die natürliche Kausalität, da der Unfallversicherer auch für seltenste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (BGE 118

V 291 f. E. 3a).

b) Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges ist 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 Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 117 V 360 E. 4a). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 117 V 376 f. E. 3a). Dabei ist die Formel „post hoc, ergo propter hoc“, wonach eine gesundheitliche Störung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb mit Hinweisen.; U 290/06 vom 11.06.2007 E. 4.2.3). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches schliesslich nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 377 E. 3a). Das Gericht hat dabei jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b). Gilt es zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, ist diejenige überwiegend wahrscheinlich, welche sich am ehesten zugetragen hat (Ueli Kieser, ATSG- Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 43 Rz. 30 mit Hinweisen).

c) Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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 122 V 416 E. 2a, 117 V 382 E. 4a). Es ist aber erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden zum Unfall adäquat kausal sind (BGE 130 V 384 E. 2.3.1).

d) Nach Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Ein Rückfall liegt vor, wenn eine vermeintlich geheilte Krankheit wieder aufflackert, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zur Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu

einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 105 V 35 E. 1c; Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 4. Aufl., Basel 2012, § 17 Rz. 76). Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seiner Zeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater

Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c, 8C\_354/2007 vom 04.08.2008 E. 2.2; Scartazzini/Hürzeler, a.a.O., § 17 Rz. 76).

#### **E. 4**

Das originäre Unfallereignis fand im vorliegenden Fall am 23. Oktober 2006 statt, als die Beschwerdeführerin als Beifahrerin in ein Auto einsteigen wollte und sich dieses, bevor sie richtig eingestiegen war, in Bewegung setzte und ihren Fuss verletzte. Die Beschwerdeführerin erlitt dislozierte Metatarsaliafrakturen II-IV rechts und eine distale intraartikuläre Grundgliedfraktur Grosszehe rechts; gleichentags erfolgte im Spital Schwyz eine Kirschnerdrahtosteosynthese Metatarsalefrakturen II-IV rechts (Operationsbericht Spital Schwyz vom 27.10.2006, Akten SUVA [nachfolgend: act. SUVA] 1, S. 1). Am 23. Dezember 2006 wurden ebenfalls im Spital Schwyz die Kirschnerdrähte entfernt (Bericht Spital Schwyz vom 29.12.2006, act. SUVA 5, S. 1). Auf Grund einer Pseudoarthrose des Metatarsale II rechts bei Status nach Metatarsale-Serienfraktur und sogenanntem Morbus Sudeck (andere Bezeichnung für das complex regional pain syndrom Typ I [CRPS I], vergleiche Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., Berlin 2007, S. 1723) wurde im Kantonsspital Uri am 26. Juni 2007 eine Plattenosteosynthese durch Dr. med. R. Joller, Co- Chefarzt Chirurgie, durchgeführt (Bericht Kantonsspital Uri vom 27.06.2007, act. SUVA 18, S. 1). Nach weiteren Abklärungen diagnostizierte Dr. med. R. Joller am 18. Februar 2008 einen Status nach Plattenosteosynthese des Metatarsale II rechts und einen Unguis incarnatus lateral Grosszehe rechts und führte eine Plattenentfernung und eine Keilexzision nach Kocher durch (Bericht Kantonsspital Uri vom 18.02.2008, act. SUVA 30, S. 1). Nach erneuten Abklärungen und weiteren Therapiemassnahmen verfügte die Beschwerdegegnerin am 16. August 2010 den Fallabschluss und stellte die Heilbehandlung und das Taggeld per 31. August 2010 ein; die Voraussetzungen für weitere Geldleistungen (Invalidenrente/Integritätsentschädigung) seien nicht erfüllt. Mit Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2013 (8C\_729/2012) in der Folge rechtskräftig festgestellt, waren zu diesem Zeitpunkt die erlittenen Frakturen sowie das in der Folge aufgetretene CRPS klinisch und szintigraphisch abgeheilt und es liessen sich am rechten Fuss keine relevanten unfallbedingten, organisch objektiv ausgewiesenen Schädigungen überwiegend wahrscheinlich nachweisen (E. 3 ff.). Auch ein allfällig vorhandenes psychisches Leiden wurde als nicht unfalladäquat beurteilt (BGE a.a.O. E. 8.8). Die körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Fraktur, welche sich die Beschwerdeführerin am 10. Oktober 2010 zugezogen hatte und welche infolge erstmaliger Belastung nach Jahren der Entlastung eingetreten sein soll, blieben hingegen unbeurteilt (BGE a.a.O. E. 6) und bilden Gegenstand des nun vorliegenden Verfahrens. Darüber, ob die diesbezüglichen Beschwerden als unfallbedingter Rückfall zu werten sind, besteht Uneinigkeit und wird in der Folge zu klären sein.

#### **E. 5**

In Bezug auf den geltend gemachten Rückfall präsentiert sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

a) Im Notfallbericht des Kantonsspitals Uri vom 11. Oktober 2010 (act. SUVA 166) diagnostizierte der leitende Arzt, Dr. med. S. Oderbolz, Facharzt FMH für Chirurgie, sowie Dr. med. M. König bei der Beschwerdeführerin unter anderem eine undislozierte Fraktur phalanx proximalis Dig. II Fuss rechts sowie ein CRPS bei Status nach Metatarsale Fraktur II-IV rechts nach Trauma 2006. Anhaltspunkte für ein florides (Hervorhebung hinzugefügt)

CRPS im Zeitpunkt dieser Fraktur können diesem Notfallbericht indes nicht entnommen werden (BGE 8C\_729/2012 vom 04.04.2013 E. 4.6).

b) Die Beschwerdeführerin befand sich in der Folge – wie bereits früher – in Behandlung bei Dr. med. F. Brunner, Uniklinik Balgrist. In den Verlaufsberichten vom 2. Dezember 2011 und 15. März 2012 (act. SUVA 188 und 189), welche im Wesentlichen gleichen Inhalts sind, wird festgehalten, dass auf Befundebene – im Unterschied zur subjektiven Ebene – keine Zeichen eines floriden CRPS I mehr bestehen.

c) In ihrem Bericht vom 13. September 2012 (act. SUVA 206) diagnostizierten die Dres. med. W. Schleinzer und Dr. med. G. Landmann, beide Schmerzzentrum Nottwil, bei der Beschwerdeführerin unter anderem ein CRPS I Fuss rechts und einen Status nach Reaktivierung CRPS I nach undislozierter Fraktur Phalanx proximalis Dig. II Fuss rechts 11.10.2010 (sic!). Sie führten mit Bezug auf die im Grundfall eingeholte Szintigraphie vom 9. Juni 2009 aus, szintigraphisch habe am 9. Juni 2009 ein Befund der Dystrophie vorgelegen, welcher als „Sudeck Stadium II bis III“ interpretiert worden sei. Anhand dieser Befunde sei anzunehmen, dass zum Zeitpunkt des Auftretens der undislozierten Fraktur vom 10. Oktober 2010 wenigstens ein Residualzustand nach CRPS vorgelegen habe. Ein solcher Residualzustand nach CRPS könne geeignet sein, ein erneutes CRPS zu reaktivieren. Die szintigraphisch dokumentierte Dystrophie vom 9. Juni 2009 könne geeignet sein, unter vermehrter Belastung zu einer Spontanfraktur zu führen (Bericht Schmerzzentrum Nottwil vom 13.09.2012, act. SUVA 206, S. 3 f.).

d) Dr. med. B. Mark, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, SUVA Zentralschweiz, führt in seinem Bericht vom 24. Juli 2013 aus, es sei auch seine Ansicht, dass – wie im Bericht der Uniklinik Balgrist vom 2. Dezember 2011 stehe – eine Reaktivierung des CRPS nach undislozierter Fraktur der Zehe stattgefunden habe. Dr. med. B. Mark führte die körperlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin im Ergebnis auf den Zehenbruch vom 23. Oktober 2006 [recte: 10. Oktober 2010] zurück, da die Beschwerdeführerin schon längere Zeit nicht mehr an diesem CRPS gelitten habe. Im Übrigen hält Dr. med. Mark fest, dass Dr. med. G. Serafini in seinem Bericht vom 16. Juni 2010 keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr fand.

e) In seinem Bericht vom 28. August 2013 ergänzte Dr. med. B. Mark, dass gewisse Leute einfach dazu prädestiniert seien, einen Sudeck (= CRPS, vergleiche E. 4 hievor) zu erleiden. Die Beschwerdeführerin habe eine neue Zehenfraktur erlitten und schon entwickle sie wieder die gleichen Symptome. Den Ursprung der Entwicklung des neuen CRPS sieht er wiederum in der Zehenverletzung vom 10. Oktober 2010, welche aber nicht SUVA-gedeckt sei.

f) In seiner Beurteilung vom 24. Oktober 2014 kommt Dr. med. R.-J. Merz, Luzern, zum Schluss, die Frakturen nach dem Unfall vom 23. Oktober 2006 hätten in korrekter Stellung konsolidiert und das ursprüngliche CRPS sei ausgeheilt. Ein CRPS I könne folgenlos ausheilen oder zu mehr oder minder schweren Funktionsbeeinträchtigungen führen. Einer der bekannten Folgezustände eines CRPS I sei die Osteoporose, welche sich im Röntgenbild objektivieren lasse. Die vorliegende Bildgebung (Röntgenbild vom 11.10.2010) zeige allerdings keine Osteoporose. Mit Bezug auf die Ausführungen der Dres. med. W. Schleinzer und Dr. med. G. Landmann, beide Schmerzzentrum Nottwil, führte Dr. med. R.-J. Merz aus, die Einschätzung betreffend Spontanfraktur sei deshalb unzutreffend, weil zwischen dem szintigraphisch festgestellten Befund vom 9. Juni 2009 und dem

Ereignis vom 10. Oktober 2010 eine zeitliche Distanz von 16 Monaten bestanden habe und der entsprechende Befund bis zum Oktober 2010 ausgeheilt und behoben gewesen sei. Darüber hinaus präzisiert Dr. med. R.J. Merz den Begriff „Reaktivierung“ dahingehend, dass die prädisponierenden individuellen, unfallunabhängig vorbestehenden Faktoren, welche die Entwicklung eines CRPS begünstigen, selbstverständlich auch nach Ausheilung eines CRPS bestehen blieben. Bei der Beschwerdeführerin sei eine neue Ursache (erneute Fraktur) für die Entwicklung eines neuen CRPS vorhanden. Aus der Feststellung, dass die Symptome die gleichen seien, zu schliessen, dass die Krankheit dieselbe sei, sei versicherungsmedizinisch unzulässig.

## **E. 6**

a) Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die medizinischen Umstände den Rückfall betreffend gehörig abgeklärt zu haben. Sie habe sich darauf beschränkt, Gefälligkeitsberichte bei ihren angestellten Ärzten einzuholen (Beschwerdeschrift a.a.O., S. 14 f.; Stellungnahme vom 12.01.2015, S. 6): Die kreisärztlichen Berichte von Dr. med. Mark und Dr. med. R.-J. Merz seien als reine Parteibehauptungen zu werten und es sei ihnen jeglicher Beweiswert abzusprechen (Stellungnahme vom 12.01.2015, S. 6; Stellungnahme vom 16.02.2015, S. 2).

b) Das Versicherungsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet für das Beschwerdeverfahren, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen).

c) Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 353 f. E. 3b/ee, 122 V 161 f. E. 1c).

d) Anspruch auf Einholung eines Gerichtsgutachtens besteht rechtsprechungsgemäss nur – aber immerhin – dann, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in

rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (BGE 8C\_410/2013 vom 15.01.2014 E. 6.1). Bei überzeugendem Beweisergebnis ist es erlaubt, dass das angerufene Gericht für seine Beurteilung abschliessend auf die im Administrativverfahren eingeholten medizinischen Berichte und Sachverständigengutachten abstellt (BGE 122 V 163 ff. E. 2b f., 104 V 209; 9C\_243/2010 vom 28.06.2011 E. 1.3.4). So kann der Richter den Antrag einer Partei auf Einholung eines Gerichtsgutachtens über einen streitigen Sachverhalt ablehnen (BGE 9C\_243/2010 vom 28.06.2011 E. 1.4). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 8C\_410/2013 vom 15.01.2014 E. 6.1).

e) Nach dem bisher Erwogenen ergibt sich, dass die versicherungsinternen Berichte der Dres. med. B. Mark sowie R.-J. Merz entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin durchaus grundsätzlich beweiswertig sind (vergleiche E. 6b f. hievor). Ihnen ist nicht „jeglicher“ Beweiswert abzusprechen. Vielmehr ist dem Umstand, dass in casu kein Gutachten vorliegt, insofern Rechnung zu tragen, als dass bei der Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind.

## **E. 7**

a) Die Beschwerdeführerin bringt vor, es sei den Berichten der Klinik Nottwil bei der Beweiswürdigung klar der Vorzug einzuräumen, da diese ausführlich und nachvollziehbar begründet und unter Beachtung der medizinischen Aktenlage und vollständiger Anamnese ergangen sowie von im richtigen Fachbereich tätigen Fachärzten interdisziplinär verfasst seien (Stellungnahme vom 12.01.2015, S. 4). Die „Nottwil-Ärzte“ seien klar von einer Rückfallproblematik ausgegangen (Beschwerdeschrift a.a.O., S. 7 Ziff. 7).

b) Der Beschwerdeführerin ist vorab entgegenzuhalten, dass im Bericht der Klinik Nottwil vom 13. September 2012 zwar tatsächlich ein CRPS I diagnostiziert, die Frage der Kausalität dieses CRPS zum Unfallereignis vom 23. Oktober 2006 aber – wenn überhaupt – nur vage beantwortet wird. So sei – ohne nähere Begründung – anzunehmen, dass zum Zeitpunkt des neuerlichen Ereignisses im Oktober 2010 wenigstens ein Residualzustand nach CRPS vorgelegen habe. Ein solcher Residualzustand könne (Hervorhebung hinzugefügt) geeignet sein, ein erneutes CRPS zu reaktivieren. Ebenso könne (Hervorhebung hinzugefügt) eine Dystrophie zu einer Spontanfraktur führen (Bericht Schmerzzentrum a.a.O., S. 4). Die Ärzte der Klinik Nottwil äussern damit den wohl allgemein zutreffenden medizinischen Erfahrungssatz, dass Dystrophien, wie die hier im Juni 2009 dokumentierte, Spontanfrakturen auslösen können. Die Nottwiler Ärzte konstatieren indes nicht, dass die dokumentierte Dystrophie im konkreten Fall auch tatsächlich zu einer Spontanfraktur geführt hat beziehungsweise hätte führen können. Auf die zeitliche Distanz zwischen Befund und erneuter Fraktur gehen sie nicht ein. Sie äussern sich mit anderen Worten allgemein und nicht auf den konkreten Fall bezogen, was im Grunde auch bedeutet, dass ihr Bericht gar nicht zwingend im Widerspruch zu den übrigen medizinischen Berichten steht. Die eher vagen Äusserungen im Bericht der Klinik Nottwil vermögen an den sonst im Recht liegenden (einen relevanten Zusammenhang zum Unfall vom 23.10.2006 verneinenden) Berichten somit keine relevanten Zweifel zu wecken. Insbesondere legt Dr. med. R.-J. Merz in seinem Bericht vom 24. Oktober 2014 nachvollziehbar und schlüssig dar, dass die im Bericht der Klinik Nottwil erwähnte – nota

bene über ein Jahr vor dem fraglichen Ereignis festgestellte – Dystrophie im Oktober 2010 vollständig ausgeheilt gewesen sei, was sich im Übrigen mit der rechtskräftig festgestellten Tatsache deckt, dass im hier fraglichen Zeitraum (31.08.2010 - 10.10.2010) überwiegend wahrscheinlich keine relevante unfallbedingte, organisch objektiv ausgewiesene Schädigung mehr vorhanden gewesen ist (BGE 8C\_729/2012 vom 04.04.2013 E. 3.3). Wenn aber die Dystrophie, welche die Ärzte der Klinik Nottwil als mögliche Ursache für eine Spontanfraktur nennen, vollständig ausgeheilt ist, so erscheint äusserst zweifelhaft, dass eine solche (ehemals bestehende) Dystrophie effektiv im konkreten Fall (über ein Jahr später) eine Spontanfraktur ausgelöst hat. Die Sachlage wäre eine andere, wenn im Juni 2009 oder kurz danach – als die Dystrophie noch bestand – eine Fraktur eingetreten wäre. Die These der Spontanfraktur erschiene dann in einem anderen, konkreteren Licht und nähere Abklärungen würden sich wohl aufdrängen. Eine Kausalität zwischen (ehemaliger) Dystrophie und Fraktur am 10. Oktober 2010 ist jedoch vorliegend zu verneinen. Ein relevanter Folgezustand zum Unfall vom 23. Oktober 2006 – beispielsweise eine Osteoporose – konnte für den Zeitpunkt des Ereignisses vom 10. Oktober 2010 sodann gerade nicht objektiviert werden (Bericht Dr. med. R.-J. Merz vom 24.10.2014, SUVA-act. 251, S. 2). Dass ein solcher Folgezustand zu der erneuten Fraktur geführt hätte, ist daher weder erstellt noch drängten sich hierzu weitere Abklärungen auf. Erstellt ist demgegenüber, dass das aus dem Grundfall entstandene CRPS zum Zeitpunkt des Fallabschlusses am 31. August 2010 vollständig ausgeheilt war (BGE 8C\_729/2012 vom 04.04.2013 E. 3.2 f.). Es besteht kein Grund auf diese Einschätzung zurückzukommen und für die Zeit nach dem 31. August 2010 und insbesondere für den 10. Oktober 2010 einen allfälligen Residualzustand nach CRPS aus dem Unfall vom 23. Oktober 2006 anzunehmen, welcher kausal für das neuerliche CRPS hätte sein können.

c) Hervorzuheben ist ferner, dass Dr. med. F. Brunner, welcher nicht SUVA- Kreisarzt ist, in seinen Berichten nach dem hier fraglichen Ereignis auf der Befundebene – im Unterschied zur subjektiven Ebene – keine Zeichen eines floriden CRPS I mehr fand (vergleiche E. 5b hievor). Ob die Beschwerdeführerin nach dem neuerlichen Ereignis vom

## **E. 10**

Oktober 2010 zurückzuführen ist und dass diese Fraktur mit dem Unfall vom 23. Oktober 2006 in keinem relevanten Zusammenhang steht. An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen sowie der Feststellungen der übrigen involvierten Ärzte bestehen – auch unter Würdigung des Berichtes der Klinik Nottwil vom 13. September 2012 – keine relevanten Zweifel, weshalb im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vergleiche BGE 8C\_644/2015 vom 11.11.2015 E. 5.5 mit Hinweisen) auch kein Anlass besteht, zusätzliche beweismässige Vorkehren anzuordnen. In Abweisung des entsprechenden Antrags der Beschwerdeführerin erübrigt sich insbesondere die Einholung eines externen polydisziplinären Gutachtens (vergleiche E. 6d hievor).

8. Zusammenfassend ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin rückfallweise beklagten Fussbeschwerden nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23. Oktober 2006 zurückzuführen sind und sich weitere Sachverhaltsabklärungen nicht aufdrängen. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist somit abzuweisen.