

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00308 vom 18. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00308

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00308 du 18 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00308 del 18 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere zum Behandlungsanspruch, zum Taggeldanspruch und zur antizipierten Beweiswürdigung sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 3 f.). Darauf kann, mit nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 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 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.4 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 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

1.5 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäÙsse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulöÙsen;
- ungewöÙhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehöÙfter oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.6 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die bloÙe Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Strittig ist, ob dem Beschwerdeführer über die bis zum 31. März 2007 zugesprochenen Heilungskosten und Taggelder hinaus Leistungen zustehen.

2.2 Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid, dass die Sudeck-Problematik Ende 2004 medizinisch gelöst, keine weiteren Abklärungen angezeigt und keine wahrscheinlichen Unfallfolgen mehr nachweisbar gewesen seien (Urk.

2 S. 5 Erw. 2). Ausgehend von einer banalen Fussverdrehung und damit einem als mittelschwer bis leicht zu qualifizierenden Unfallereignis ergebe die Prüfung der Adäquanz, dass höchstens das Kriterium der Dauerschmerzen erfüllt sei, was zur Bejahung der Adäquanz nicht genüge. Die psychische Fehlverarbeitung sei unfallfremd und lasse sich aus dem psychosozialen Umfeld erklären (Urk. 2 S. 5 f. Erw. 3). Mit Beschwerdeantwort führte sie zudem aus, dass die Voraussetzungen für den Fallabschluss bereits am 7. Februar 2006, spätestens am 29. Mai 2006, erfüllt gewesen seien, da keine namhafte Besserung der unfallbedingten Beschwerden zu erwarten gewesen sei. In antizipierter Beweiswürdigung hätten sich weitere Abklärungen und insbesondere die Anfertigung eines weiteren MRI erbringt (Urk. 7 S. 3 f. Ziff. 6.2-5). Das fehlende organische Korrelat sei aufgrund der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung durch Dr. P. ___ sowie der Ärzte der Uniklinik A. ___ ausgewiesen, welche alle über die erforderlichen bildgebenden Befunde verfügten hätten. Gestützt auf den Bericht der Rehaklinik B. ___ sei sodann auch vom Fehlen eines Morbus Sudeck auszugehen (Urk. 7 S. 4 f, Erw. 7.2-4). Bezüglich der Adäquanzfrage wies sie darauf hin, dass seit dem Aufenthalt in B. ___ keine eigentliche Behandlung mehr stattgefunden habe und die Schmerzen des Beschwerdeführers psychisch bedingt seien (Urk. 7 S. 5 f. Ziff. 8).

2.3.3.3 Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, dass aufgrund der durchgeführten MRI und Skelettszintigraphien organische Verletzungsfolgen an Fusswurzel und Mittelfuss links nachweisbar seien. Da diese den Ärzten der Uniklinik A. ___ nicht vorgelegen hätten, sei deren Bericht mit Vorsicht zu geniessen. Angesichts des Ergebnisses der bildgebenden Verfahren sei der gegenteilige Schluss des Kreisarztes Dr. P. ___ anlässlich seiner Abschlussuntersuchung vom Februar 2006 nicht nachvollziehbar. Danach seien bis zum Erlass des Einspracheentscheides keine weiteren Abklärungen getätigt und insbesondere kein aktuelles MRI durchgeführt worden, weshalb der Sachverhalt ungenügend abgeklärt und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten. Zudem habe Dr. P. ___ mindestens vier von fünf Punkten festgestellt, die für das Vorliegen eines Morbus Sudeck sprächen. Die Fussproblematik sei kein psychisches Problem des Beschwerdeführers, sondern ein solches existiere allenfalls daneben (Urk. 1 S. 5 ff. Erw. 1.1-3). Soweit dennoch bei diesem mittelschweren bis leichten Unfall die Adäquanzfrage zu prüfen sei, seien die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der Behandlung, der Dauerschmerzen, des schwierigen Heilungsverlaufs und aufgrund der vollen Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall insbesondere auch das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit erfüllt und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall zu bejahen (Urk. 1 S. 8 ff. Erw. 3).

3.3.3.3

3.1.3.3 Laut Unfallmeldung vom 13. August 2004 verdrehte der Beschwerdeführer am 25. Juli 2004 in den Ferien im Kosovo beim Treppensteigen den linken Fuss und stürzte, worauf eine Erstbehandlung durch Dr. C. ___ in D. ___, Kosovo, erfolgte (Urk. 8/1, Urk. 8/3).

3.2.3.3 Am 14. September 2004 führte der nachbehandelnde Hausarzt Dr. med. E. ___, Allgemeine Medizin FMH, aus, dass unmittelbar nach dem Sturz des Beschwerdeführers eine starke Schwellung mit einem massiven Hämatom entstanden sei. Im Spital sei ein Gipsverband gemacht worden, welcher allerdings wegen der zunehmenden Schwellung rasch wieder habe entfernt werden müssen. Im Befund nannte

er eine massive Schwellung im ganzen Fuss, deutliche Druckdolenzen im oberen Sprunggelenk (OSG) und im Metatarsale II und IV sowie eine stark eingeschränkte Beweglichkeit, vor allem bei Plantar- und Dorsalflexion; die Supination und Pronation liessen sich gar nicht durchführen. Weiter verwies er auf das MRI des oberen und unteren Sprunggelenkes vom 16. August 2004, welches laut Dr. med. F.____, FMH für Radiologie und Nuklearmedizin, ein deutliches Marködem in der Basis des Metatarsale II und IV mit nicht dislozierter Fissur/Fraktur im Innern und ein Marködem in der Basis des Metatarsale I und distal im Os cuneiforme laterale zeigt, entsprechend dem Status nach ausgeprägter ossärer Kontusion (Urk. 8/7). Dr. E.____ ging von einer vollen Arbeitsunfähigkeit seit 25. Juli 2004 und bis auf weiteres aus (Urk. 8/5).

Am 26. Oktober 2004 führte Dr. E.____ aus, dass er aufgrund des MRI-Befundes im Bezirksspital G.____ einen Unterschenkel-Gehgips habe anfertigen lassen, welcher am 18. August 2004 angepasst worden sei. Am 20. September 2004 habe er den Gips entfernt; der Beschwerdeführer habe zwar einige Schmerzen beim Gehen gehabt, bei normaler Durchblutung hätten damals aber keine Hinweise auf Sudeck bestanden. Den von ihm empfohlenen Arbeitsversuch habe der Beschwerdeführer aufgrund starker Schmerzen abbrechen müssen. Seine Praxispartnerin habe aufgrund der lividen Verfärbung, der leichten Schwellung sowie des von ihr veranlassten Röntgenbildes die Diagnose eines Sudecks erhoben und Myocalcic verschrieben. Bei seiner Untersuchung am 21. Oktober 2004 sei der Fuss immer noch geschwollen, leicht livid verfärbt und diffus druckdolent gewesen, was die Diagnose eines Morbus Sudeck erhärtete (Urk. 8/9).

Dr. med. H.____, FMH Chirurgie, hielt mit Bericht vom 1. November 2004 aufgrund seiner am Vortag erfolgten Untersuchung fest, dass derzeit eine Sudeckdystrophie im Stadium II vorliege, welche das Beschwerdebild erkläre. Morgens um 10.00 Uhr sei der Fuss nicht geschwollen, jedoch zyanotisch verfärbt und deutlich kürzlicher mit rascher Erholung der Farbe in Horizontallage, es bestehe eine um 15° eingeschränkte Plantarflexion beziehungsweise Dorsalextension. Eine Arbeitsfähigkeit sei derzeit nicht gegeben, höchstens für eine sitzende Tätigkeit halbtags, da die Extremität zur Entstauung intermittierend hochzulagern sei (Urk. 8/11).

Mit Bericht vom 13. Dezember 2004 nannte Dr. E.____ als Diagnose ein Marködem bei radiologisch nicht nachgewiesener Fraktur von Metatarsale II und IV und hielt fest, dass sich die Situation inzwischen verbessert habe. Der Morbus Sudeck sei besser, die livide Verfärbung sei zurückgegangen, es bestehe allerdings noch eine deutliche Rötung und Überwärmung des Fusses, ebenso persistierten die starken Schmerzen. Gegenwärtig werde mit Myocalcic, Olfen und Entlastung therapiert. Es stehe ein Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik B.____ bevor, und die voraussichtliche Behandlungsdauer liege bei weiteren zwei Monaten (Urk. 8/16).

Mit Austrittsbericht vom 9. Februar 2005 berichteten Dr. med. I.____, Assistenzarzt, sowie Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über den Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik B.____ vom 15. Dezember 2004 bis 2. Februar 2005 (Urk. 8/21). Nach erfolgtem psychosomatischem Konsilium vom 21. Dezember 2004 mit Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nannten sie folgende Diagnosen (Urk. 8/21 S. 1):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä A. Unfall vom 25.7.2004 (beim Treppensteigen linker Fuss verdreht und gefallen)

- OSG-Distorsion Grad III (Initialdiagnose in Kosovo und Behandlung mit Gips)

- unsere Diagnose retrospektiv: Lisfranc-Verletzung links

- 16.8.2004 MRI: Nicht dislozierte Fissur/Fraktur Basis der Metatarsalia II und IV parallel zur proximalen Gelenksfläche, noch deutliches Marködem, ebenso Marködem Basis des Metatarsale I, Os cuneiforme laterale

- konservative Behandlung mit einem Unterschenkelgips (Entfernung 20.9.2004)

- im Verlauf Morbus Sudeck Fuss links mit Regredienz

- 29.12.04 MRI: Im Vergleich zur Vor-MRI regrediente Knochenmarks- und Weichteilveränderungen mit Restbefunden an gleichen Lokalisationen (posttraumatischer Restzustand)

- 30.12.04 Szintigraphie: keine Zeichen für Morbus Sudeck. Status nach Fraktur beziehungsweise OSG-Distorsion linker Fuss (vermehrte Belegung Metatarsale I, II, IV sowie auch Restspeicherung am Malleolus medialis links)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä B. depressives Syndrom im Ausmass einer Major-Depression (leicht bis mittel-gradig F32.11)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der somatischen Beschwerden führten Dr. I. ___ und Dr. J. ___ aus, dass sich klinisch eine geringgradige Schwellung des linken Fusses zeige sowie intermittierend eine Überwärmung/Unterkühlung im Bereich der Metatarsalia; bei Austritt hatten morgens kaum Temperaturunterschiede der Füsse und noch eine leichte Rötung über dem leicht geschwellenen Fussrücken bestanden (Urk. 8/21 S. 8 oben). Bei radiologisch fehlenden ossären Auffälligkeiten, insbesondere nicht erkennbaren Frakturen und beidseits an den Füssen symmetrischen ossären Verhältnissen beziehungsweise symmetrischer Mineralisation sei zum Vergleich mit dem MRI vom August 2004 eine neue kernspintomographische Untersuchung (Urk. 8/21 S. 2) und bei klinisch fehlenden sudeckoiden Befunden eine 3-Phasenskelettszintigraphie veranlasst worden, um aktuell einen definitiven Ausschluss beziehungsweise eine Remission bestätigen zu können; letztere habe einen Status nach Lisfranc-Verletzung bestätigt (Urk. 8/21 S. 3). Den Berichten der Ärzte des Kantonsspitals L. ___, welche diese Untersuchungen durchgeführt, ist zu entnehmen, dass das MRI vom 29. Dezember 2004 im Vergleich zur Voruntersuchung regrediente Knochenmarks- und Weichteilveränderungen mit Restbefunden an den erwähnten Lokalisationen im Sinne eines posttraumatischen Restzustandes zeige, und dass ein eindeutiger Hinweis für einen Morbus Sudeck nicht vorliege, wobei hier die Klinik sensitiver sein könne (Urk. 8/18). Aufgrund der am 30. Dezember 2004 durchgeführten Skelettszintigraphie gebe es keine Zeichen, die den klinischen Verdacht auf einen Morbus Sudeck weiter objektivieren könnten. Vielmehr liege ein Status nach Fraktur beziehungsweise OSG-Distorsion vor, der entsprechend dem zeitlichen Verlauf noch im zeitlichen Rahmen liege (Urk. 8/19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der psychischen Beschwerden führte Dr. K. ___ aus, dass mit Eindeutigkeit ein depressives Syndrom vorliege, das einer spezifischen Behandlung mittels Antidepressiva bedürfe. Auffällig sei die psychosoziale Situation und Vorgeschichte des Beschwerdeführers, der als offenbar sehr integrationswilliger

Immigrant wegen des vorwiegend psychischen Leidens seiner Ehefrau schon lange unter erheblicher Doppelbelastung gestanden sei und wegen diesbezüglicher Erschöpfung und Überforderung auch die Arbeitsstelle verloren habe. Offensichtlich seien die kompensatorischen Ressourcen des Beschwerdeführers in den letzten Jahren bis auf die äußerste angestrengt und teilweise auch aufgebraucht worden, wobei die Situation in letzter Zeit, vor dem jetzigen Unfall, wieder stabiler und kompensierter gewesen sei. Die häusliche Atmosphäre sei aber sicher sehr belastend angesichts des sich schwierig gestaltenden Beisammenseins beider psychisch kranker Ehepartner (Urk. 8/20 S. 3 f., Urk. 8/21 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielten Dr. I. ___ und Dr. J. ___ fest, dass aktuell ein Status nach noch nicht geheilter Lisfranc-Verletzung am linken Fuss bestehe mit anhaltenden belastungsabhängigen Schmerzen und leichter Schwellung über dem Fussrist. Weder klinisch noch bildgebend beständen aktuell Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Morbus Sudeck. Es liege ein hinkendes Gangbild vor, mit Teil- und Fehlbelastung, vor allem mit dem lateralen Fussrand, wobei mit der orthopädischen Schuhversorgung eine deutliche Beschwerdelinderung und eine leichte Verbesserung des Gangbildes erreicht worden sei. Ausserdem liege bei einer Differenz von 15° gegenüber der Gegenseite eine eingeschränkte Beweglichkeit des OSG links sowie eine leicht eingeschränkte Zehenbeweglichkeit vor. Es bestehe eine depressive Stimmungslage, welche wahrscheinlich zur Verschlechterung der Schmerzbewältigung und auch zu intensiverem Schmerzerleben beitrage. Unter antidepressiver medikamentöser Therapie erfolge eine deutliche Aufhellung (Urk. 8/21 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des weiteren Verlaufs empfahlen sie eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle in zwei bis drei Monaten sowie weiterhin eine ambulante psychiatrische Mitbetreuung und Weiterführung der antidepressiven Medikation. Mit einer Besserung der somatischen und auch der psychischen Befunde sei zu rechnen; bei angepasster Belastung und genügender allgemeiner Aktivität sei mit einer weiteren Verbesserung der Situation am linken Fuss zu rechnen (Urk. 8/21 S. 2 f.). Berufliche Massnahmen würden im jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen, da die Belastbarkeit des Beschwerdeführers minim sei, es beständen knapp sieben Monate nach Initialtrauma noch deutliche Restbefunde (Urk. 8/21 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus unfallkausaler Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte Tätigkeit als Isoleur. Aktuell zumutbar wären aufgrund der Fussverletzung eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit auf ebenem Boden halbtags beziehungsweise eine überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit aktuell 50 % (Urk. 8/21 S. 2 f.).

3.6 Ä Ä Ä Die am 6. April 2005 am Stadtspital M. ___ durchgeführte Skelettszintigraphie ergab laut Dr. med. N. ___, Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie, aktuell keinen Anhaltspunkt für einen Morbus Sudeck und im Nebenbefund eine Retropatellararthrose rechts. Der Befund sei vereinbar mit einer Nekrose, differentialdiagnostisch liege eine Insuffizienzfraktur im Bereich des Os cuneiforme intermedium vor. Im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom Dezember 2004 spreche die aktuelle Hyperperfusion im linken Fuss für ein zwischenzeitlich neu aufgetretenes Ereignis; eine Wiederholung der Fuss-MRI-Untersuchung sei zu empfehlen (Urk. 8/26).

3.7. Mit undatiertem Bericht (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 11. April 2005) nannte Dr. E. ___ als Diagnosen eine OSG-Distorsion Grad III, eine nicht dislozierte Fraktur Metatarsale II und IV, möglicherweise Lisfranc-Verletzung links, einen Status nach Morbus Sudeck links sowie ein reaktives-depressives Syndrom. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich nicht verbessert; im Vordergrund ständen neben den Schmerzen, die als Folge des Morbus Sudeck zweifellos noch objektivierbar seien, die zunehmende depressive Verstimmung, weshalb er ihn ins psychiatrische Ambulatorium O. ___ überwiesen habe (Urk. 8/25).

3.8. Am 15. Juni 2005 wurde der Beschwerdeführer vom Kreisarzt Dr. med. P. ___, FMH Chirurgie, untersucht. Dieser hielt unter anderem fest, dass der linke Fuss nicht vollständig aufgesetzt werde, der Vor- und Mittelfuss links diskret geschwollen und leicht livid verfärbt sei. Der Beschwerdeführer stehe auf dem Aussenrist, das Gangbild sei kleinschrittig, vorsichtig und linksseitig hinkend. Der Fuss werde im Wesentlichen nur auf dem Aussenrist aufgesetzt und unvollständig abgerollt. Das Gangbild barfuss im Untersuchungsraum sei deutlich schlechter als es auf dem Weg von der Rezeption zum Untersuchungsraum zu beobachten gewesen sei. Insgesamt bestehe eine ausgeprägte Berührungs- und Druckempfindlichkeit des linken Fusses (Urk. 8/27 S. 2). In der angestammten Tätigkeit als Leistungsleiter sei weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 8/27 S. 3).

3.9. Mit Bericht vom 27. Juli 2005 diagnostizierten die Ärzte der Uniklinik A. ___ chronische Schmerzen bei Status nach Distorsionstrauma am 25.7.2004 und nannten als Befunde ein proniertes Entlastungshinken und Belastung nur auf der lateralen Fusskante. Es bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz über dem Fussrist mit Punctum maximum über Lisfranc-Gelenk TMP II/III, ebenfalls Druckdolenz plantar sowie Prosupinationsschmerzen im OSG. Dem MRI vom 29. Dezember 2004 sei eine leichte Signalalteration im Bereich der Basis Metatarsale I, ansonsten keine sicheren Anzeichen alter Frakturen oder Gelenkschädigungen zu entnehmen. In der Beurteilung hielten sie fest, dass die vom Beschwerdeführer angegebene Symptomatik aufgrund des eher diffusen Charakters nicht schlüssig beurteilbar sei (Urk. 8/33).

3.10. Mit Bericht vom 14. November 2005 nannten die Ärzte als Nebendiagnosen zudem pustelartige Hautveränderungen im Bereich beider unteren Extremitäten und geringer auch am Rumpf sowie ein depressives Syndrom. An Befunden nannten sie unter anderem eine mäßiggradige Rötung sowie Schwellung über dem Fussrücken im Bereich des I. bis III. Strahles (Urk. 8/39 S. 1). In der Beurteilung führten sie aus, dass das Schmerzsyndrom unter konservativen Massnahmen therapieresistent sei, und dass aufgrund der am 12. August 2005 unter radiologischer Kontrolle durchgeführten Infiltration mit praktisch keiner Besserung der Beschwerdesymptomatik ein operatives Vorgehen nicht sinnvoll sei. Die Schmerzproblematik sei aus ihrer Sicht sekundär exazerbiert, und aktuell sei kein entsprechendes anatomisches Korrelat gegeben. Ihren Vorschlag einer ambulanten Behandlung in einem Schmerzzentrum habe der Beschwerdeführer abgelehnt (Urk. 8/39 S. 2).

3.10. Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 7. Februar 2006 hielt Dr. P. ___ als Befunde unter anderem fest, dass eine ausgeprägte Schwellung des Beschwerdeführers vorliege, auffallend sei der kleinschrittig linksseitig stark hinkende Gang; der linke Fuss werde vermehrt aussenrotiert aufgesetzt.

Das Hautkolorit des linken Fusses sei im Vergleich zur Gegenseite diskret livide (Urk. 8/44 S. 2). Das gleichentags erstellte Röntgenbild (Urk. 8/43) habe einen Normalbefund an der Fusswurzel und dem Mittelfuss links ergeben, es beständen keine Osteodystrophie und keine für einen Morbus Sudeck typischen röntgenmorphologischen Veränderungen (Urk. 8/44 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beurteilung führte Dr. P. aus, dass eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis beim Beschwerdeführer ein Schmerzsyndrom bestehe, welches etiologisch unklar und für welches kein anatomisches Korrelat zu finden sei (Urk. 8/44 S. 3). Aus rein traumatologischer Sicht sei eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr ausgewiesen. Eine medizinische Behandlung, welche eine Aussicht auf namhafte Besserung der Situation verspreche, könne nicht angeboten werden, sodass von chirurgischer Seite her der Fall abzuschliessen sei (Urk. 8/44 S. 3).

3.11 Ä Ä Am 29. Mai 2006 diagnostizierte Dr. med. Q., FMH für Neurologie, belastungsabhängige Schmerzen im Bereiche des linken Fussrückens unklarer Ätiologie, bei einem Status nach Treppensturz am 25.7.2004 mit Lisfranc-Verletzung links (Urk. 8/45 S. 1). Er führte aus, dass die Ursache der belastungsabhängigen Fusschmerzen links aus neurologischer Sicht unklar blieben. Die vom Beschwerdeführer im Befund angegebene leichte Hypästhesie über dem linken Fussrücken habe eine Schädigung des Nervus peroneus vermuten lassen; die Neurographie habe jedoch einen vollständig normalen Befund ergeben. Auch die übrigen EMG-Untersuchungen seien unauffällig gewesen. Differentialdiagnostisch könnte es sich um ein neuralgieformes Geschehen handeln, weshalb er versuchsweise eine Behandlung mit Neurontin eingeleitet habe (Urk. 8/45 S. 2).

3.12 Ä Ä Am 9. Juli 2007 berichteten die Ärzte der R. Klinik über die gleichentags erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers und nannten als Diagnose eine antalgische Fehlhaltung des linken Fusses bei einem Status nach Distorsionstrauma vom 25. Juli 2004 und nachfolgend ausgebildetem schwerem Morbus Sudeck. Sie nannten folgende Befunde: Vorsichtiges Aufsetzen des linken Fusses, Abrollen über den Fussaussenrand, dort deutlich stärkere Beschwielung, freie Beweglichkeit des OSG, weitestgehend frei bewegliche, jedoch schmerzhafte Pro- und Supination, deutlich verminderte Kraft des Tibialis anterior und der Tibialis posterior Sehne, Druckdolenzen im Bereich des gesamten Fusses, zusätzlich Hyposensibilität im Bereich des Fussristes, welches keinem eigentlichen Dermatome zuzuordnen sei (Urk. 11/1 S. 1), sowie deutliches Brennen im Bereich der gesamten linken Fusssohle. Die heute neu angefertigten Röntgenbilder zeigten eine weitestgehend unauffällige Darstellung des Fuss skelettes ohne grössere degenerative Veränderungen; bei der belasteten Aufnahme falle eine leichte Pronationshaltung des Fusses auf.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beurteilung legten sie dar, dass der Morbus Sudeck zum derzeitigen diffusen Krankheitsgefühl mit deutlichen Schmerzen im Bereich des linken Fusses geführt habe. Von orthopädisch chirurgischer Seite bestehe derzeit klar kein Handlungsbedarf; sicherlich sei die Therapie des Morbus Sudeck weiterhin zu verfolgen, eventuell könne auch mit alternativen Behandlungsmethoden eine Besserung erreicht werden. Zusätzlich sei auch die psychologische Betreuung enorm wichtig (Urk. 11/1 S. 2). An dieser Beurteilung hielten sie am 8. August 2007 nach Durchsicht der früheren Untersuchungsbefunde fest (Urk. 11/2).

3.13. Dem Bericht der Ärzte des Ambulatoriums O. vom 29. August 2007 ist die Diagnose einer anhaltenden depressiven Störung mit wechselhafter, leicht- bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1) sowie ein Status nach Distorsionstrauma am linken Fuss im Juli 2004 mit folgender Entwicklung eines Morbus Sudeck zu entnehmen (Urk. 11/3 S. 1). Zur Stabilisierung der Situation werde eine antidepressive Behandlung durchgeführt, doch sei ein anhaltender Erfolg vor einer Besserung der übrigen Lebenssituation unwahrscheinlich. Das Familiensystem als Ganzes arbeite an der Grenze der Leistungsfähigkeit, weshalb eine Lösung der finanziellen Fragen eine dringend erforderliche und erhebliche Entlastung wäre. Aus psychiatrischen Gründen bestehe derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 11/3 S. 2).

E. 4

4.1. Zusammengefasst ergibt sich damit folgender Verlauf:

Im Anschluss an die Distorsion des linken Fusses des Beschwerdeführers im Juli 2004 gingen Dr. E. und zuvor bereits dessen Praxispartnerin sowie Dr. H. aufgrund ihrer klinischen Untersuchungen von der Bildung eines Sudeck aus (vorstehend Erw. 3.2-3). Spätestens anfangs Februar 2005, bei Austritt aus der Rehaklinik B., bestanden dafür laut den Ärzten weder klinisch noch bildgebend (MRI, Skelettszintigraphie) noch Anhaltspunkte. Vielmehr lag ihrer Auffassung nach zu diesem Zeitpunkt ein Status nach noch nicht ausgeheiltem, retrospektiv festgestellter Lisfranc-Verletzung vor sowie ein depressives Syndrom im Ausmass einer Major-Depression, welches wahrscheinlich zur schlechteren Schmerzbewältigung und zu intensiverem Schmerzerleben beitrage (vorstehend Erw. 3.5). Auch die Skelettszintigraphie vom April 2005 ergab keine Anhaltspunkte für einen Morbus Sudeck, wobei aufgrund der aktuellen Hyperperfusion ein zwischenzeitlich neu aufgetretenes Ereignis für möglich gehalten wurde (vorstehend Erw. 3.6). Im Juli 2005 nannten die Ärzte der Uniklinik A. chronische Schmerzen und eine aufgrund des eher diffusen Charakters nicht schlüssig beurteilbare Symptomatik; im November 2005 führten sie aus, die Schmerzproblematik sei sekundär exazerbiert, und aktuell sei kein entsprechendes anatomisches Korrelat gegeben (vorstehend Erw. 3.9). Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung im Februar 2006 erstellte Dr. P. ein Röntgenbild, welches einen Normalbefund und das Fehlen der für einen Morbus Sudeck röntgenmorphologischen Veränderungen ergab, und ging von einem ätiologisch unklaren Schmerzsyndrom ohne anatomisches Korrelat aus (vorstehend Erw. 3.10). Dr. Q. hielt schliesslich im Mai 2006 auch aus neurologischer Sicht dafür, dass die Schmerzen nach durchgeführter Neurographie und EMG-Untersuchungen unklar blieben (vorstehend Erw. 3.11). Im Juli 2007 diagnostizierten die Ärzte der R. Klinik eine antalgische Fehllhaltung des linken Fusses bei einem Status nach Distorsionstrauma vom 25. Juli 2004 und nachfolgend ausgebildetem schwerem Morbus Sudeck (vorstehend Erw. 3.12). Das Ambulatorium O. berichtete im August 2007 über eine anhaltende depressive Störung mit wechselhafter, leicht- bis mittelgradiger Ausprägung (vorstehend Erw. 3.13).

4.2. Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass der Bericht der Rehabilitationsklinik B. vom 9. Februar 2005 (Urk. 8/21, vorstehend Erw. 3.5) zusammen mit den Berichten der Uniklinik A. vom 27. Juli und vom 14. November 2005 (Urk. 8/33, Urk. 8/39, vorstehend Erw. 3.9) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend sind. Sie beruhen auf den erforderlichen allseitigen und fachärztlichen

Untersuchungen; insbesondere veranlassten die Ärzte der Rehabilitationsklinik B.____ aufgrund der radiologisch fehlenden ossären Auffälligkeiten und der klinisch fehlenden sudeckoiden Befunde ein MRI und eine Skelettszintigraphie (Urk. 8/21 S. 2 f.) und liessen den Beschwerdeführer auch psychiatrisch (Urk. 8/20, Urk. 8/21 S. 3) untersuchen, was unter anderem im Hinblick auf die Schmerzproblematik angezeigt war. Zur weiteren Diagnostik und als therapeutische Massnahme führten die Ärzte der Uniklinik A.____ am 12. August 2005 - nachdem am Stadtpital im April 2005 bereits eine weitere Skelettszintigraphie erfolgt war (vorstehend Erw. 3.6) - eine Infiltration im Lisfranc-Gelenk unter radiologischer Kontrolle durch (Urk. 8/33 S. 2, Urk. 8/39 S. 2). Sodann berücksichtigen die Berichte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Urk. 8/21 S. 6, Urk. 8/39 S. 1) und stimmen mit den späteren medizinischen Berichten überein (vorstehend Erw. 3.6-11). Weiter wurde der Bericht der Rehaklinik B.____ in Kenntnis der Vorakten erstattet (Urk. 8/21 S. 5 f.). Was die Berichte der Uniklinik A.____ betrifft, so ist der Kritik des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5 Ziff. 1.1) zwar insofern zu folgen, als nicht ersichtlich ist, über welche Akten deren Ärzte verfügten und als nur das MRI vom 29. Dezember 2004 ausdrücklich erwähnt wurde (Urk. 8/33 S. 1). Immerhin ist jedoch dem Kurzbrief der SUVA vom 21. Juni 2005 zu entnehmen, dass ihnen auch der kreisärztliche Untersuchungsbericht vom 15. Juni 2005 (Urk. 8/27, vorstehend Erw. 3.8) und ein Röntgenkuvert übermittelt worden waren (Urk. 8/28). Schliesslich leuchten die Berichte in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und sind die darin von den Ärzten vorgenommenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Insbesondere erscheint auch die Überlegung plausibel, wonach die depressive Stimmungslage des Beschwerdeführers zur Verschlechterung der Schmerzverarbeitung und zum intensiveren Schmerzerleben beitrage (Urk. 8/21 S. 1), was wiederum das Fortbestehen der Beschwerden trotz im Zeitpunkt der Untersuchung an der Uniklinik A.____ fehlendem organischen Korrelat erklärbar macht. Die Arztberichte genügen damit den Praxiskriterien (vgl. vorstehend Erw. 1.7) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht einerseits fest, dass spätestens im Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik anfangs Februar 2005 weder klinisch noch bildgebend Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Morbus Sudeck bestanden, sondern vielmehr von einem Status nach noch nicht ausgeheilter Lisfranc-Verletzung und einer die Schmerzverarbeitung beeinträchtigenden Depression auszugehen war. Damit kann offen bleiben, ob die zuvor hausärztlich und von Dr. H.____ gestellte Diagnose eines Sudeck tatsächlich begründet war. Immerhin ist anzumerken, dass die Qualifikation eines allfälligen Sudecks als Unfallfolge insofern fraglich erscheint, als diese rechtsprechungsgemäss das Auftreten des Sudeck innert maximal sechs bis acht Wochen nach dem Unfall voraussetzt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen D. vom 6. Juli 2007, U 436/06, Erw. 3.4.2.1). Vorliegend ist nicht aktenkundig, wann die den Sudeck erstmals diagnostizierende Praxispartnerin des Hausarztes den Beschwerdeführer untersuchte; jedenfalls erfolgte dies nach der Entfernung des Gipses am 20. September 2004 und damit höchstens sehr knapp innert der genannten Latenzzeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fest steht andererseits, dass spätestens im Zeitpunkt der Untersuchung in der Uniklinik A.____ im Juli 2005 sich ein Schmerzsyndrom entwickelt hatte, für welches kein entsprechendes organisches Korrelat bestand, und dass angesichts der Therapieresistenz gegenüber konservativen Massnahmen ein operatives Vorgehen

nicht angezeigt war. Gestützt darauf ist auch die rund anderthalb Jahre nach dem Unfallereignis im Februar 2006 erfolgte Beurteilung des Kreisarztes Dr. P. ___ nach durchgeführter Abschlussuntersuchung nicht zu beanstanden, wonach ein Schmerzsyndrom unklarer Ursache ohne anatomisches Korrelat vorliege und aus rein traumatologischer Sicht eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr ausgewiesen sei (vorstehend Erw. 3.10).

Demgemäss ist davon auszugehen, dass auch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 25. Juli 2004 stehendes, organisches Korrelat für das Beschwerdebild vorlag.

4.3 Damit erweist sich der Sachverhalt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers als hinreichend abgeklärt.

Was insbesondere die Rüge betrifft, dass ein weiteres MRI hätte veranlasst werden müssen (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 1.1 und 1.3), so ist - soweit dies der Prüfung eines der bildgebenden Darstellung ohnehin nur begrenzt zugänglichen Sudecks dienen sollte - darauf hinzuweisen, dass auch die ursprünglich gestellte Diagnose eines Sudecks nicht auf einem bildgebenden Verfahren, sondern auf klinischer Befunderhebung beruhte (vorstehend Erw. 3.2-3.3). Zudem wurde das Vorliegen eines Sudecks spätestens bei Austritt aus der Rehaklinik B. ___ im Februar 2006 sowohl mittels klinischer wie bildgebender Untersuchung ausgeschlossen (vorstehend Erw. 3.5) und wurde auch in sämtlichen nachfolgenden, insbesondere auch den bildgebenden Untersuchungen verneint (vorstehend Erw. 3.6-3.11). Soweit mit einem weiteren MRI die Prüfung anderer organischer Unfallfolgen bezweckt würde, so ist auf die einlässlichen bildgebenden Abklärungen - MRI vom 16. August 2004 (vorstehend Erw. 3.2) und vom 29. Dezember 2004, Skelettszintigraphien vom 30. Dezember 2004 (vorstehend Erw. 3.5) und vom 6. April 2005 (vorstehend Erw. 3.6), Infiltration im Lisfranc-Gelenk unter radiologischer Kontrolle (vorstehend Erw. 3.9), Röntgenbild vom 7. Februar 2006 (vorstehend Erw. 3.10), Neurographien und EMG-Untersuchungen (vorstehend Erw. 3.11) - zu verweisen. Angesichts dessen sowie im Lichte der klinischen Befunde waren von einem weiteren MRI keine neuen Erkenntnisse zu erwarten und konnte darauf verzichtet werden.

Auch der weitere Umstand, dass nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung am 7. Februar 2006 und bis zur leistungsabweisenden Verfügung am 1. März 2007 keine weiteren medizinischen Abklärungen getroffen wurden (vgl. Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 1.1 und 1.3), vermag daran nichts zu ändern, zumal der Sachverhalt bei der Abschlussuntersuchung eben gerade hinreichend abgeklärt war. Dass die Beschwerdegegnerin in der Folge mit dem Verfügungserlass wartete, schadet nicht; zudem wurden laut Verfügung die Taggelder zwecks Erleichterung der Wiedereingliederung noch bis Ende März 2007 gewährt, sodass der spätere Verfügungserlass letztlich dem Beschwerdeführer zu Gute kam. Im übrigen ging dazwischen noch der Bericht von Dr. Q. ___ vom 29. Mai 2006 ein (vorstehend Erw. 3.11), wobei unerheblich bleibt, dass dieser vom Beschwerdeführer selber veranlasst wurde. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden.

In Anbetracht des hinreichend abgeklärten Sachverhalts erbringt sich vorliegend schliesslich auch der Beizug des im Verfahren betreffend Invalidenversicherung offenbar angeordneten Gutachtens des MZR, zu welchem der

Beschwerdeführer Ergänzungsfragen stellen liess (Urk. 11/4) und dessen Einreichung er sinngemäss bis Juni 2008 in Aussicht stellte (Urk. 10 S. 2), zumal davon keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind.

4.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 10 S. 2) ist auch gestützt auf den neu eingereichten Bericht der Ärzte der R. ___ Klinik vom 9. Juli 2007 mit Bestätigung vom 8. August 2007 (Urk. 11/1-2) nicht von einem Morbus Sudeck auszugehen, zumal dieser die vorherigen medizinischen Berichte nicht zu entkräften vermag.

Zunächst erscheint fraglich, ob die Ärzte überhaupt von einem aktuell bestehenden Sudeck ausgingen oder ob sie angesichts der für die Diagnose gewählten Formulierung nicht eigentlich einen Status nach Sudeck annahmen. Dafür spricht, dass im Vordergrund der Diagnose die antalgische Fehlhaltung zu stehen scheint. Soweit jedoch von einem diagnostizierten Sudeck auszugehen wäre, ist zu beanstanden, dass die Ärzte in keiner Weise darlegen, weshalb die von ihnen erhobenen Befunde die Diagnose begründen sollten. Insbesondere fällt auf, dass ihre Befunde nur unwesentlich von den Befunden der Vorakten abweichen, welche die damals untersuchenden Ärzte jedoch nicht zur Diagnose eines Sudecks veranlassten. Zwar nahmen die Ärzte der R. ___ Klinik nach bereits erstelltem Bericht von den Vorakten nachträglich noch Kenntnis und hielten an ihrer Einschätzung fest, doch setzten sie sich mit den daraus hervorgehenden abweichenden Diagnosen auch nachträglich nicht in nachvollziehbarer Weise auseinander. Zudem wurde die Diagnose eines Sudeck auch durch die von der R. ___ Klinik neu veranlassten Röntgenbilder nicht erhärtet, welche vielmehr einen Normalbefund ergaben. Mit dem Bericht ist schliesslich auch nicht dargetan, dass der Sudeck schon in der Zeit vor der Untersuchung bestanden hätte und dass es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Folge des Unfalls vom 25. Juli 2004 handelt. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass der an den Hausarzt gerichtete Bericht eher auf die Abklärung weiterer Therapiemöglichkeiten denn auf die Diagnosestellung zu zielen schien.

4.5 Offensichtlich besteht jedoch eine psychische Komponente. Gemäss den Angaben im Bericht über die Rehabilitation in B. ___ von Dezember 2004 bis Februar 2005 lag im damaligen Zeitpunkt ein depressives Syndrom im Ausmass einer Major-Depression, leicht bis mittelgradig (F32.11) vor (vorstehend Erw. 3.5). Die behandelnden Ärzte des Ambulatoriums O. ___ diagnostizierten ebenfalls eine anhaltende depressive Störung von wechselhafter, leicht bis mittelgradiger Ausprägung (vorstehend Erw. 3.13).

Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden beziehungsweise die psychische Beeinträchtigung in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen, wobei in diesem Zusammenhang insbesondere auch die Schwere des Unfalls von Bedeutung ist (vorstehend Erw. 1.4-1.5).

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte, ist von einer banalen Fussverdrehung beim Treppensteigen mit anschliessendem Sturz und damit von einem alltäglichen Ereignis auszugehen. Ein blosser Sturz von wenigen Metern auf einer Treppe ist objektiv betrachtet als leichter Unfall oder gerade noch als mittlerer, aber bereits deutlich zum Grenzbereich der leichten Unfälle gehörender einzustufen. Ein leichter

Unfall ist nach der Rechtsprechung des früheren Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) in der Regel nicht geeignet, einen psychischen Gesundheitsschaden auszulösen. Damit wäre die Adäquanz ohne Weiteres zu verneinen (vorstehend Erw. 1.4).

Selbst wenn man aber beim Treppensturz von einem mittleren, aber bereits zum Grenzbereich der leichten Unfälle zählenden Unfallereignis ausgehen wollte, so müssten die zusätzlich erforderlichen objektiven Kriterien gehöft oder in besonders ausgeprägter Weise gegeben sein (vorstehend Erw. 1.5), was entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 3.2) vorliegend nicht zutrifft:

Der Treppensturz war von keinen dramatischen Begleitereignissen gekennzeichnet, der Beschwerdeführer zog sich dabei keine schweren Verletzungen zu und der erlittenen Beeinträchtigung kann keine generelle Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zuerkannt werden.

Die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen erschöpfte sich im Wesentlichen im Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik B. von Dezember 2004 bis anfangs Februar 2005 (vorstehend Erw. 3.5), worauf bei einem unter konservativen Massnahmen offenbar therapieresistenten Schmerzsyndrom am 12. August 2005 an der Uniklinik A. noch eine Infiltration durchgeführt wurde, welche ohne Erfolg blieb; eine ambulante Behandlung in einem Schmerzzentrum lehnte der Beschwerdeführer in der Folge ab (vorstehend Erw. 3.9). Schliesslich fand seit März 2005 eine psychiatrische Behandlung am Ambulatorium O. statt, welche eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva beinhaltet (Urk. 11/4 S. 2). Weitere Behandlungen sind nicht aktenkundig und der Beschwerdeführer erläuterte nicht, worin die von ihm seit dem Unfallereignis behauptete, ununterbrochen erfolgte ärztliche Behandlung beziehungsweise die verschiedenen Therapien (Urk. 1 S. 9 Ziff. 3.2) im Einzelnen zu sehen wären. Bereits ein Jahr nach dem Unfall fand damit die letzte Behandlung statt, die einen somatischen Ansatz verfolgte, sodass dafür - im Unterschied zur offenbar weiter andauernden psychiatrischen Behandlung - nicht von einer aussergewöhnlich langen Behandlungsdauer gesprochen werden kann.

Das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen dürfte zwar erfüllt sein. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass im Zeitverlauf gerade auch die psychische Fehlentwicklung selber zur Aufrechterhaltung der Situation beigetragen haben könnte.

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung ergeben sich nicht; auch machte der Beschwerdeführer keine solche geltend.

Ein besonders schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen liegen nicht vor. Zwar entwickelte sich im Anschluss an die Distorsion und die - nachträglich festgestellte - Lisfranc-Verletzung möglicherweise ein Morbus Sudeck, der jedoch spätestens beim Aufenthalt in der Rehaklinik B. Ende 2004 - also rund fünf Monate nach dem Unfallereignis - nicht mehr diagnostiziert werden konnte.

Was die physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit betrifft, so dauerte diese in angestammter Tätigkeit als Lüftungsisolateur zwar seit dem Unfallereignis, war jedoch spätestens im Zeitpunkt der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung im Februar 2006 nicht mehr gegeben (vorstehend Erw. 3.10). Zudem war in angepasster, überwiegend sitzender Tätigkeit spätestens nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik B. im Februar 2005 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (vorstehend Erw. 3.5). Entgegen den Ausführungen des

Beschwerdeführers lag somit eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit längstens bis Februar 2006 und somit bis rund 1 1/2 Jahre nach dem Unfall vor, während eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit bereits ein Jahr zuvor bestand.

Somit ergibt sich, dass die erforderlichen Kriterien weder gehäuft noch einzelne davon in besonders ausgeprägter Art und Weise erfüllt sind, weshalb die Adäquanz bezüglich psychischer Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfallereignis auch für den Fall, dass dieses als mittlerer, im Grenzbereich der leichten Unfälle einzuordnender Unfall zu qualifizieren wäre, klar zu verneinen ist.

5. Zusammenfassend ergibt sich somit, dass der Sachverhalt hinreichend abgeklärt worden ist und sich insbesondere die Durchführung eines weiteren MRI erübrigte. Gestützt auf die entscheiderelevanten medizinischen Akten ist vom Fehlen eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. Juli 2004 stehenden organischen Korrelates für die geklagten Beschwerden auszugehen. Was die organisch nicht nachweisbaren und die psychischen Beschwerden betrifft, so ist die Adäquanz mangels Vorliegens der zusätzlichen Kriterien selbst bei einer Qualifikation des Unfallereignisses als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu verneinen. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Stephan Käbler
 - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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