

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00140 vom 31. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00140

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00140 du 31 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00140 del 31 gennaio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Taggelder per 31. Juli 2008 und diejenige der Heilkosten per 31. August 2008 damit, dass gemäss medizinischer Aktenlage dannzumal der Endzustand in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen erreicht gewesen sei; im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der C.____ vom 20. Mai 2008 stellte sie sich ausserdem auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer zwar seine Tätigkeit als Hilfsgepartner nicht mehr ausüben könne, jedoch sei ihm eine leichte bis mittelschwere, vorzugsweise sitzende Tätigkeit, bei welcher eine gelegentliche Beinhochlagerung möglich sei, ganztags zuzumuten. Bei einer stehenden oder gehenden Tätigkeit seien jeweils 20 Minuten zusätzliche Pausen pro Halbtag zur Beinhochlagerung einzuhalten. Eine psychische Störung mit Krankheitswert, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründe, verneinte sie gestützt auf das Gutachten der C.____ (Urk. 8/ZM53). Ausgehend von diesem Zumutbarkeitsprofil führte der in der Verfügung vom 29. August 2008 durchgeführte Einkommensvergleich zu keiner Verdiensteinbusse (Urk. 8/79/3). In ihrer Stellungnahme zu den beigezogenen Akten der IV-Stelle erklärte die Beschwerdegegnerin unter Bezugnahme auf das von der IV-Stelle in Nachachtung des Urteils vom 31. Oktober 2010 eingeholte orthopädisch-psychiatrische Gutachten des E.____ vom 31. Mai 2011 (Urk. 45/172), dass einer allfälligen psychischen Gesundheitsstörung, sofern sie in einem natürlich kausalen Zusammenhang mit dem Unfall stünde, angesichts der Leichtigkeit des Unfalls in jedem Fall die Adäquanz abzusprechen wäre (Urk. 50).

2.2. Der Beschwerdeführer liess im Wesentlichen ausführen, dass er infolge des Unfalls vom 7. September 2005 bis am 31. Januar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei; seither betrage die Arbeitsunfähigkeit mindestens und auf Dauer 50 % (vgl. dazu Urk. 1 S. 3 mit Verweis auf Urk. 3/5 S. 1). Infolge des Unfalls sei es zu zahlreichen Komplikationen gekommen, in deren Folge ausgeprägte Schmerzen persistiert hätten und eine depressive Entwicklung bis hin zur Suizidalität eingetreten sei. Er könne nicht länger als 15 Minuten laufen und keine Gewichte tragen; auch längeres Sitzen sei ihm nicht möglich. Er stehe weiterhin in Behandlung. Entsprechend sei die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin aufzuheben und es seien ihm Taggelder und Heilkosten zu erstatten (Urk. 1).

2.3. Streitig und zu präfen ist die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Juli (Taggelder) und 31. August 2008 (Heilkosten), wobei sich der Streit insbesondere um die Höhe der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und um die Frage, ob dabei auch psychische Unfallfolgen

mitzuberücksichtigen sind, dreht.

E. 3

3.1. Im Lichte des unter Erwägung 1.2 dargelegten - relativen - Koordinationsgebotes ist zunächst festzuhalten, dass bis anhin keine rechtskräftige Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung für die Zeit ab 1. April 2008 vorliegt, nachdem sich das Verfahren der IV-Stelle nach der mit Urteil vom 31. Oktober 2010 im Verfahren IV.2009.00105 erfolgten Rückweisung noch im Vorbescheidverfahren befindet (vgl. Urk. 52).

3.2. Das Gericht kam im Urteil IV.2009.00105 vom 31. Oktober 2010 zusammengefasst zum Schluss, dass die befristete ganze Rente von Januar 2007 bis März 2008 von der IV-Stelle zu Recht zugesprochen worden sei, da der Beschwerdeführer vor und nach dem operativen Eingriff vom 30. Oktober 2006 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 1. Januar 2008 liess sich gestützt auf die medizinische Aktenlage der psychische Gesundheitszustand nicht abschliessend beurteilen. Die Sache wurde zur Einholung einer ergänzenden psychiatrischen Beurteilung für die Zeit ab 1. Januar 2008 an die Verwaltung zurückgewiesen. Zudem wurde sie angewiesen, angesichts des von der D. neu diagnostizierten neuropathischen Schmerzsyndroms einen ergänzenden Bericht der Neurologie der D. beizuziehen und im Anschluss gegebenenfalls neben der psychiatrischen Begutachtung auch eine ergänzende orthopädisch/neurologische Begutachtung zu veranlassen. Letztlich wurde unter Erwägung 6 das für die Invaliditätsbemessung massgebliche hypothetische Validen-einkommen für das Jahr 2007 mit Fr. 55'765.12 ermittelt (vgl. Urk. 45/145).

3.3. In Bezug auf allfällige psychische gesundheitliche Störungen mit Krankheitswert ist bereits hier festzuhalten, dass das Unfallereignis angesichts seiner Leichtigkeit nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet war, einen erheblichen psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen (obige E. 1.3).

4. Gemäss Unfallmeldung vom 9. September 2005 hat sich der Beschwerdeführer bei einem Misstritt beim Mähen von Schilf am 7. September 2005 um 14.00 Uhr eine Bänderzerrung am rechten Fussgelenk zugezogen. Die Arbeit wurde gemäss Unfallmeldung erst am nächsten Tag ausgesetzt (Urk. 8/1). Am 9. September 2005, mithin erst zwei Tage nach dem Unfall, suchte der Beschwerdeführer die Z. auf. Im Bericht vom 21. September 2005 zum Erstuntersuch ist anamnestisch ebenfalls lediglich die Rede von einem Übertreten des rechten Sprunggelenks (vgl. Urk. 8/ZM1, ebenso in Urk. 8/ZM4). Anlässlich eines Besuchs des Schadensinspektors der Beschwerdegegnerin am 28. April 2006 schilderte der Beschwerdeführer den Unfallhergang sodann dahingehend, dass er wegen zweier Bierflaschen, die aufgrund der Berührung mit der Sense zerplatzt seien, einen Ausfallschritt gemacht habe und das Bord hinunter ins Bachbett gestürzt sei (Urk. 8/29 S. 1). Gemäss Aussagen des Vorgesetzten des Beschwerdeführers vom 4. Mai 2006 habe der Beschwerdeführer ihm gegenüber lediglich ausgesagt, ausgerutscht und in den Entwässerungsgraben gestanden zu sein; von den Bierflaschen habe er nichts erwähnt (Urk. 8/33). In der Folge finden sich in den anamnestischen Erhebungen Schilderungen zum Unfallhergang, wonach der Beschwerdeführer aus 1 Meter Höhe mit viel Wucht auf den Fuss gefallen sei (Bericht der Z. vom 19. Juni 2006, Urk. 8/ZM19), respektive sich bei einem Sturz aus zirka 1-1,5 Metern Höhe verletzt habe (Bericht der D. vom 28. August 2006, Urk. 8/ZM25).

Wie in der Ergänzung zur Unfallanamnese im Gutachten der C.____ zutreffend ausgeführt (Urk. 8/ZM53 S. 15), lässt sich der Unfallhergang nicht mehr genau eruieren. Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 1a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis). Gestützt auf diesen Beweisgrundsatz ist davon auszugehen, dass sich das Unfallgeschehen im Wesentlichen in einem Misstritt erschöpfte, der zu einem Abrutschen oder möglicherweise einem leichten Umstürzen oder Stürzen aus geringer Höhe in einen Entwässerungsgraben führte. Diese Schlussfolgerung korrespondiert nicht nur mit der Sachverhalts-schilderung in der Unfallmeldung, sondern auch mit den ursprünglichen anamnестischen Erhebungen und der Schilderung des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer gegenüber seinem Vorgesetzten. Dass die späteren Darstellungen des Beschwerdeführers, in welchen von einem eigentlichen Sturz mit Aufprall von bis zu 1,5 Metern Höhe die Rede war, durch die diagnostischen Unsicherheiten und möglicherweise auch versicherungstechnische Überlegungen beeinflusst waren, ist nicht auszuschliessen. Ein Unfall aber, der sich im Wesentlichen in einem gewöhnlichen Sturz aus höchstens 1 Meter Höhe oder einem Ausrutschen erschöpft, ist rechtsprechungsgemäss als banaler oder leichter Unfall zu werten (Urteil des Bundesgericht U 11/07 vom 27. Februar 2008 E. 4.2.1). Der adäquate Kausalzusammenhang ist folglich ohne Weiteres zu verneinen (vgl. obige E. 1.3). Auch liegen keine Umstände vor, welche eine Situation im Sinne von RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 ff. nahe legen würde, bei welcher ausnahmsweise auch bei einem als leicht zu qualifizierenden Unfall die Adäquanz nach den Kriterien für Unfälle im mittleren Bereich zu prüfen ist, gaben doch die unmittelbaren Unfallfolgen weder zu einem sofortigen Aussetzen der Arbeit noch einem unmittelbaren Arztbesuch Anlass.

Nach dem Gesagten bilden allfällige psychische gesundheitliche Probleme des Beschwerdeführers, selbst wenn sie in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. September 2005 ständen, keine adäquate Unfallfolge. Die folgenden Ausführungen beschränken sich daher auf die Darlegung der somatischen Unfallfolgen und deren Auswirkungen.

E. 4

4.1 Den medizinischen Akten ist dazu Folgendes zu entnehmen:

Die erstbehandelnden Ärzte der Z.____ gingen anfänglich von einer Aussenbandruptur rechts aus. Die Röntgenaufnahmen des OSG vom 9. September 2005 zeigten weder ossäre Läsionen noch knöcherner Ausrisse (Urk. 8/ZM1). Noch am 9. November 2005 ergab eine Verlaufskontrolle einen zeitgerechten Heilungsverlauf (Urk. 8/ZM5). Nachdem die Schmerzen jedoch persistierten, zeigte ein MRI am 14. Februar 2006 in der Z.____ eine kleine Avulsion des Processus lateralis tali. Die geklagten starken Schmerzen konnten ärztlicherseits jedoch keiner pathoanatomischen Struktur zugeordnet werden (Urk. 8/ZM9). Am 28. Februar 2006 folgte eine notfallmässige Selbstzuweisung aufgrund einer Schmerzexazerbation. Die Befunde führten zum Verdacht auf das Vorliegen einer Algodystrophie (Urk. 8/ZM10; vgl. auch Bericht vom 22. März 2006, Urk. 10/ZM11). Eine am 12. April 2006 in der F.____ durchgeführte 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie ergab eine Hyperämie und einen fokal vermehrten Umbau

rechts im Bereich des unteren Sprunggelenks (USG) lateral und des calcaneocuidalen Gelenkes. Zur Abklärung eines allfälligen bone bruise, eines Status nach einer Fraktur oder einer osteoligamentären Verletzung wurde ein neuerliches MRI empfohlen (Urk. 8/ZM13). Am 19. Juni 2006 diagnostizierte sodann Dr. med. G. ____, Oberarzt der Orthopädie der Z. ____, einen Verdacht auf eine aktivierte USG-Arthrose. Als Differentialdiagnose wurde eine Fasziitis plantaris respektive eine calcaneocuidale Arthrose rechts bei axialem Trauma gestellt (Urk. 8/ZM19). Am 21. August 2006 kam Dr. G. ____ nach nochmaliger Durchsicht der Akten und erfolglosen Infiltrationen ins Calcaneocuboidalgelenk zum Schluss, dass im MRI vom Februar 2006 der Calcaneus so deutlich verändert sei, dass von einer Calcaneus-Fraktur ausgegangen werden müsse. Am wahrscheinlichsten bleibe weiterhin die Diagnose einer USG-Arthrose, auch wenn gewisse Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden vorlägen (Urk. 10/ZM22).

4.2. Am 25. August 2006 liess sich der Beschwerdeführer sodann im Hand- und Fusszentrum der D. ____ untersuchen. Die Diagnose im Bericht vom 28. August 2006 lautete auf eine mögliche chronische laterale OSG-Instabilität rechts bei Status nach Distorsionstrauma am 7. September 2005 bei aktuell generalisierten Weichteilschmerzen am rechten Unterschenkel/Fuss, welche als sudeckoide Reaktion interpretiert wurden. Die zuständigen Ärzte erachteten ebenfalls einen Status nach vollständig verheilte durchgemachte Calcaneusfraktur als möglich; jedoch erklärten sie die sudeckoide Reaktion als klar im Vordergrund stehend und erklärten eine neurologische Abklärung für notwendig (Urk. 8/ZM25).

Nachdem ein CT des Rückfusses vom 12. September 2006 in der Z. ____ eine deutliche subtalare Arthrose mit kleinem Gelenkdefekt subtalar und eine Zystenbildung im Bereich des Calcaneocuidalgelenks gezeigt hatte, empfahl Dr. G. ____ (vgl. Urk. 10/ZM24) dem Beschwerdeführer die sodann am 30. Oktober 2006 durchgeführte Double-Arthrodesse rechts (Urk. 8/ZM26). Es folgten eine notfallmässige Selbstzuweisung mit anschliessender Hospitalisation bei Schmerzexazerbation des rechten Fusses vom 5. bis 7. November 2006 (Urk. 8/ZM28), der stationäre Aufenthalt des Beschwerdeführers in der A. ____ vom 15. bis 30. Dezember 2006 bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und einem Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitszüge (Beilage zu Urk. 8/ZM32). Vom 3. bis 5. Januar 2007 war der Beschwerdeführer wiederum in der Z. ____ hospitalisiert; nunmehr aufgrund eines Notfalleintritts nach einer Kontusion der Halswirbelsäule, welche gemäss Aktenlage jedoch zu keinen weiteren Untersuchungen mehr Anlass gab (Urk. 8/ZM32).

Y. ____ vom 13. Februar bis 20. März 2007 lauteten wie folgt (Urk. 8/ZM45 S. 1):

1. Status nach axialem Supinationstrauma rechts am 7.9.2005 mit Calcaneusfraktur

- Posttraumatische USG-Arthrose

- Status nach Double-Arthrodesse USG rechts (subtalar, talonavikulär und calcaneocuidal) und autologer Spongiose aus proximaler Tibia rechts am 30.10.2006

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Rehospitalisation vom 5.-7.11.2006 wegen Schmerzexazerbation des Ä Ä Ä Ä Ä Ä rechten Fusses

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - persistierendes Schmerzsyndrom DD Verdacht auf CRPS rechter Fuss

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä reaktive mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Psychosoziale Belastungssituation.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 10. Juli 2007 in der Z.____ berichtete der Beschwerdeführer über einen Beschwerdefckgang, welcher zeitlich mit einer Medikationsumstellung auf Tramal 200 retard und Remeron 30 mg einherging (Urk. 8/ZM47). Am 4. Dezember 2007 fand eine weitere Verlaufskontrolle statt, anlässlich welcher der Beschwerdeführer über einen weiteren Beschwerdefckgang informierte bei einer schmerzfreien Gehstrecke von nunmehr 400 Metern. Aufgrund des unveränderten klinischen Status erachteten die zuständigen Ärzte der Fussesprechstunde die therapeutischen Optionen als ausgeschöpft, wobei nicht zu erwarten sei, dass der Beschwerdeführer in seiner ursprünglichen Tätigkeit in seiner Heimat Ägypten als Bodyguard oder Kung-Fu-Instruktor wieder arbeitsfähig werde (Urk. 8/ZM51)

4.3Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Begutachtung in der C.____ wurde der Beschwerdeführer einer klinischen Untersuchung durch Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Schwerpunkt Allgemein- und Unfallchirurgie, einer psychiatrischen Abklärung und einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit unterzogen. Die Diagnosestellung beschränkte sich auf diejenige einer OSG-Distorsion oder/und eines axialen Fersentraumas rechts unter Aufführung der den bisherigen Akten zu entnehmenden Diagnosen als Verdachtsdiagnosen und derjenigen eines Status nach reaktiver, mittelgradiger depressiver Episode (Dezember 2006) mit somatischem Syndrom bei psychosozialer Belastungssituation (Urk. 8/ZM52 S. 19). In der zusammenfassenden Beurteilung (Epikrise) führte Dr. H.____ unter Hinweis auf Unstimmigkeiten im Therapie- und Diagnoseverlauf aus, dass die Arthrodesen durchgeführt seien und viele der geklagten Symptome (kontinuierliche Schmerzen im Bereich des Sprunggelenks und des Fusses, Schwellung und Verformung nach einer Gehstrecke von 100 Metern, Kältegefühl, vgl. Urk. 8/ZM52 S. 15) schon während des Verlaufs wie auch aktuell nicht eindeutig einem pathologisch anatomischen Substrat hätten zugeordnet werden können. Andererseits dürfen nicht vergessen gehen, dass der Beschwerdeführer mit einer Double-Arthrodesen im USG und calaneocuidal in der Fussbeweglichkeit eingeschränkt sei und das Ziel der Arthrodesen - die Behebung der Schmerzen - verfehlt worden sei. Das aktuelle Schmerzsyndrom lasse sich nur zu geringen Anteilen durch die erhobenen Befunde erklären. Aufgrund seiner Untersuchung sei ein CRPS ausgeschlossen; die leichte Reduktion der Temperatur komme durch die verminderte Zirkulation bei Schonung zustande. Die in den Fussaufnahmen erkennbare leichte strahlige Osteopenie rechts interpretierte Dr. H.____ ebenfalls als Schonungszeichen. Nach seiner Einschätzung liessen sich sämtliche im Verlauf gestellten Diagnosen wie diejenige einer Algodystrophie, einer sudeckoiden Reaktion, einer lateralen Instabilität des OSG und einer Fasziitis plantaris aktuell weder klinisch noch röntgenologisch bestätigen. Daraus ergebe sich, dass aktuell keine eingreifenden Massnahmen zu planen seien. Als wesentliche

organische Einschränkung verbleibe eine vollständige Einschränkung von Supination/Pronation im Fuss und eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk. Der Endzustand der somatisch bedingten Beschwerden könne auf den 11. September 2007, spätestens den Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens gesetzt werden (vgl. dazu Zusatz zum physikalisch-traumatologischen Gutachten vom 24. September 2008 in der Beilage zu Urk. 8/ZM53).

Die Arbeitsfähigkeit schätzte er dahingehend ein, dass dem Beschwerdeführer der Beruf als Hilfsgehilfe nicht mehr zumutbar sei, da das Hantieren mit schweren Lasten und Tätigkeiten in unebenem Gelände sowie kauernde Stellungen nicht möglich seien. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit sei ganztags zumutbar, wobei jeweils halbtags 20 Minuten zusätzliche Pausen zur Hochlagerung des Beines gewährt werden sollten. In einer sitzenden Tätigkeit, welche die gelegentliche Beinhochlagerung ermögliche, entfielen diese Pausen (Urk. 8/ZM53 S. 27, Zusatz zum physikalisch-traumatologischen Gutachten vom 24. September 2008 in der Beilage zu Urk. 8/ZM53 S. 3).

4.4 Aufgrund einer Konsultation am 29. Dezember 2009 im Zentrum der Fusschirurgie der D. ___ wurde festgestellt, dass die im Oktober 2006 durchgeführte Operation zwar zu einer Beschwerdereduktion geführt habe, dass allerdings noch residuelle Beschwerden beständen, welche klinisch und anamnestisch eine neuropathische Komponente suggerieren würden. Der Beschwerdeführer sei aktuell als Importeur von Wasserpfeifen in vorwiegend sitzender Stellung tätig (Urk. 45/131/5-6). Die hierauf in die Wege geleitete neurologische Abklärung in der D. ___ führte zur Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms Unterschenkel/Fuss rechts mit Versorgungsgebiet N. peroneus superficialis bei einem Status nach OSG-Distorsion rechts am 7. September 2005 nach Sturz aus 1,5 Metern Höhe mit posttraumatischer Arthrose subtalar sowie calcaneo-cuboidal und einem Status nach Arthrodesen subtalar sowie calcaneo-cuboidal und talonavicular rechts am 30. Oktober 2006. Therapeutisch wurde der Einsatz von Medikamenten gegen neuropathische Schmerzen und die lokale Anwendung von Capsaicin-Salbe empfohlen, wobei unklar sei, ob dies in der Vergangenheit bereits erfolgt sei (Urk. 8/ZM55). Gemäss Verlaufsbeschreibung der D. ___ vom 25. Februar 2010 musste die Medikation mit Lyrica wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden. Neben der neuropathischen Schmerzkomponente vermutete Dr. med. I. ___, Oberarzt der Neurologie, zusätzlich das Vorliegen eines nozizeptiven Schmerzes und schlug dem Beschwerdeführer eine antineuropathische Therapie mit Neurontin und Injektionen mit Steroiden und Lokalanästhetikum vor (Urk. 8/ZM57). Gemäss Berichten vom 1. und 29. März 2010 führte die Infiltration zu einer kurzfristigen Besserung, die medikamentöse Behandlung zeigte Nebenwirkungen, wurde aber neuerlich initiiert (Urk. 8/ZM58 und 59). Im Bericht vom 9. August 2010 zur Verlaufskontrolle vom selben Tag wies Dr. I. ___ auf eine unklare Medikamentencompliance hin, dennoch dosierte er die Medikation mit Neurontin 300 mg neuerlich auf, hielt aber fest, dass bei einem weiteren Scheitern dieser Aufdosierung ein nochmaliger Versuch nicht geplant sei (Urk. 45/142/7).

Am 10. Oktober und 8. November 2010 suchte der Beschwerdeführer jeweils notfallmässig die Z. ___ wegen Schmerzexazerbationen auf. Aufgrund einer Doppler-Sonographie und Laboruntersuchungen vom 2. November 2010 konnten eine Beinvenenthrombose oder ein Infekt ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer wurde vom 10. Oktober bis 5. November 2010 arbeitsunfähig geschrieben (Urk.

45/143-145). Weitere Selbstzuweisungen folgten am 28. Dezember 2010 (Urk. 45/150) und am 6. Januar 2011 (Urk. 45/153). Prof. J.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, Praxis für Schmerztherapie, bei welchem der Beschwerdeführer gemäss Angaben in dem von IV-Stelle eingeholten Bericht (undatiert, Urk. 45/162/1-3) seit 2007 in Behandlung steht, diagnostizierte chronische Schmerzen im Bereich des lateralen OSG bei Status nach Operation wegen Verletzung, eine reaktive mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine psychosoziale Belastungssituation. Die gegenwärtige Behandlung beinhalte eine medikamentöse und interventionelle Schmerz- und antidepressive Therapie. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit gänzlich arbeitsunfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechsellagerung und der Vermeidung von repetitiven Fussbewegungen erklärte er ihn für 4 Stunden täglich arbeitsfähig. Die Beurteilung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit infolge der psychischen Situation überlasse er den Spezialärzten.

Im Rahmen der von IV-Stelle in Nachachtung des Urteils im Verfahren IV.2009.00105 veranlassten Begutachtung im E.____ wurde der Beschwerdeführer orthopädisch und psychiatrisch abgeklärt. Die Interdisziplinäre Beurteilung führte in somatischer Sicht zur Diagnose einer leichten bis mässigen Arthrose im naviculo-cuneiformen Gelenk bei Status nach subtalar calcaneocuboidal und talonavicular Arthrodeese mit Senk-/Spreizfuss rechts 10/2006 (Urk. 45/172/23). Das Ausmass der Schmerzen im rechten Rückfuss und die subjektive Einschränkung der Leistungsfähigkeit sowie der kaum zu untersuchende Fuss und das OSG rechts würden bei radiologisch durchgebauten Arthrodesen durch die leichte bis mässige Arthrose im naviculo-cuneiformen Gelenk nur teilweise erklärt. Hinweise für eine Sudeck-Dystrophie bestanden nicht; vielmehr schlossen die zuständigen Ärzte aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik mit Symptomausweitung auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Arbeitsfähigkeit wurde dahingehend eingeschätzt, dass der Beschwerdeführer als Hilfsgärtner aktuell zu 60 % arbeitsfähig sei; in einer körperlich leichten Tätigkeit in vorwiegend sitzender Haltung ohne regelmässiges Heben oder Tragen von Gegenständen über 5 Kilogramm sei er aus orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 45/172/8 und 24).

Des weitern finden sich Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der D.____ für die Zeit vom 7. Juni bis 4. Juli 2010 und vom 1. bis 31. August 2010 über 50 % (Urk. 10, 17), von Dr. med. K.____, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, für die Zeit vom 7. September 2005 bis 31. Januar 2008 über 100 % und ab 1. Februar 2008 über 50 % für geeignete Arbeiten (Urk. 3/3) in den Akten. Weitere Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. K.____, der Z.____ und der D.____ betreffen ebenfalls das Jahr 2010 (Urk. 27, 31/1-3, 35, 38/1, 42/1).

Im Rahmen der Würdigung der medizinischen Akten ist vorweg darauf hinzuweisen, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

Wie in der zusammenfassenden Beurteilung im Gutachten der C.____ zutreffend dargelegt, liess sich nicht nur der Unfallhergang, sondern auch dessen

Mechanismus bis heute nicht mit abschliessender Sicherheit klären. Auch bestand ärztlicherseits im Rahmen der Diagnosestellung und Behandlung Unsicherheit (vgl. Urk. 8/ZM53 S. 20 ff.). Unbestritten und erstellt ist aufgrund der medizinischen Akten, dass infolge des nach dem Unfall eingetretenen Zustandes am rechten Fuss am 30. Oktober 2006 die Double-Arthrodesse durchgeführt wurde und dass eine Beweglichkeitseinschränkung verblieb. Im Rahmen der Bemessung des Integritätsschadens wurde sodann vom beratenden Arzt Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, die erstmals von Dr. G.____ als wahrscheinlich verpasst diagnostizierte Calcaneusfraktur (Urk. 8/ZM48) als Unfallfolge akzeptiert. Ebenfalls als erstellt zu betrachten ist angesichts der diesbezüglich im Grundsatz übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen, dass Anlass für die durchgeführte Double-Arthrodesse eine zumindest unfallkausal aktivierte USG-Arthrose rechts war (vgl. insbesondere Urk. 8/ZM26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nicht kongruent präsentiert sich die medizinische Aktenlage zur Frage, ob für das vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzsyndrom eine zusätzliche körperliche Störung im Sinne eines Sudeck oder eines CRPS respektive eines neuropathischen Schmerzsyndroms verantwortlich ist. Im Rahmen der Begutachtung in der C.____ wurde eine solche Störung trotz diverser früherer Verdachtsdiagnosen aufgrund der klinischen Befunde verneint und das vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzsyndrom als nur zu geringen Anteilen als durch die somatischen Befunde erklärbar beurteilt (vgl. Urk. 8/ZM53 S. 27). Obwohl die zuständigen Ärzte der D.____ bereits aufgrund der Konsultation vom 25. August 2006 eine neurologische Untersuchung der erheblichen Weichteilproblematik, welche dannzumal noch als sudeckoid beurteilt wurde, für notwendig erachteten (Urk. 8/ZM25), sahen in der Folge sowohl die C.____ als auch die Z.____ konstant von einer solchen ab. Die erst am 21. Januar 2010 durchgeführte neurologische Untersuchung in der D.____ führte sodann zur Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms (Urk. 8/ZM55) und stellt damit insbesondere die Beurteilung der C.____, auf welche sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen stützte, erheblich in Frage.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Folge findet sich auch im Bericht der Z.____ vom 7. Januar 2011, wenn auch ohne ergänzende Abklärungen, der Schluss auf das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms (Urk. 45/153/2). Trotz dieser Vorakten und entgegen der gerichtlichen Auflage in Erwägung 5.2 im Urteil IV.2009.0015 vom 31. Oktober 2010 verzichtete die IV-Stelle in der Folge auf die Einholung einer ergänzenden neurologischen Beurteilung im Rahmen der Begutachtung durch das E.____ (vgl. Urk. 45/169 und 45/172). Angesichts der dort gestellten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 45/172/17), welche gemäss den Klassifikationskriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nur dann gestellt werden darf, wenn der schwere und belastende Schmerz nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage, Bern, 2010, S. 20), wäre eine Auseinandersetzung mit der im Raum stehenden Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms aber unabdingbar gewesen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_36/2008 vom 9. September 2008 E. 5.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf das Ergebnis der neurologischen Abklärung in der D.____ vom 21. Januar 2010 (Urk. 8/ZM55) alleine rechtfertigt sich aber der Schluss auf das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms angesichts der divergierenden ärztlichen Beurteilungen nicht. Hierfür fehlt es dem Bericht an Ausführlichkeit und an einer Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten. Auch drängt sich angesichts des Umstands, dass elektrophysiologisch keine sensible Neuropathie objektiviert werden konnte (Urk. 8/ZM55 S. 3), eine neuerliche neurologische Untersuchung und Beurteilung zur Sicherstellung der Diagnose auf.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen dieser Beurteilung wird denn auch unter Bezugnahme auf die bisherigen medizinischen Akten darzulegen sein, wie sich der fluktuierende Verlauf mit der Diagnose einer Neuropathie vereinbaren lässt. Auch ist eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit seit der Leistungseinstellung notwendig, ist doch den von der D.____ ausgestellten Attesten für diverse Zeiträume im Jahr 2010 nicht abschliessend zu entnehmen, auf welche Arbeitstätigkeit sie sich beziehen und ob sich eine entsprechende Einschätzung auch rückwirkend rechtfertigt. Des weitern wird die ergänzende neurologische Beurteilung zur Frage, ob aus neurologischer Sicht weitere Behandlungsschritte erforderlich sind, Stellung zu beziehen haben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten erweist sich der Sachverhalt als zu wenig abgeklärt. Die Beschwerde ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese mit einer neurologischen Begutachtung beurteilen lässt, ob der Beschwerdeführer tatsächlich an einem unfallkausalen neuropathischen Schmerzsyndrom litt beziehungsweise leidet und welche Folgen dies nach sich zog beziehungsweise zieht. Gegebenenfalls erweist sich eine mit der Invalidenversicherung koordinierte Abklärung als sinnvoll. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über ihre Leistungspflicht neu zu entscheiden zu haben.

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfüngung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 54 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Falle des Obsiegens bei unentgeltlicher Rechtspflege ist die Parteientschädigung infolge prozessrechtlicher Legalzession dem unentgeltlichen Rechtsvertreter zuzusprechen (Emmel, in: in Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO Kommentar, Zürich, Basel, Genf 2010, Art. 122 Rz 12).

6.2. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete bis am 30. Januar 2012 trotz zweimaliger telefonischer Aufforderung (vgl. Urk. 57) auf die Einreichung einer Kostennote. Die Entschädigung ist daher durch das Gericht nach Ermessen (vgl. Â§ 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht) festzusetzen. Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist unter Berücksichtigung obiger Bemessungskriterien (E. 6.1) eine Prozessentschädigung von Fr. 4'300.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. April 2010 aufgehoben und die Sache an die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Yassin Abu-led, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 4'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Yassin Abu-led
- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.