

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00007 vom 25. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00007)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00007 du 25 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00007 del 25 marzo 2013

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

3.2. Bei der MRI-Untersuchung des rechten OSG und distalen Unterschenkels im B. \_\_\_ Institut wurde am 15. November 2010 der folgende Befund erhoben: Ossäre Strukturen: Vollig altersentsprechende und unauffällige Verhältnisse ohne Hinweise auf eine Knochenkontusion bzw. nicht dislozierte Fraktur. Keine wesentliche Ergussbildung in OSG oder USG. Lateraler Bandapparat: Anteriores und posteriores talofibuläres Ligament gut abgrenzbar, das calcaneofibuläre Ligament lässt sich nicht mehr eindeutig abgrenzen. Medialer Bandapparat: Leicht erhöhtes Signal der tiefen Anteile des Ligamentum deltoideum, keine wesentlichen Alterationen der übrigen Anteile. Sehnenkompartimente: Weitgehend unauffällige Verhältnisse. Dr. med. V. \_\_\_ vom B. \_\_\_ Institut hielt in seiner Beurteilung fest, dass sich keine Hinweise auf eine Fraktur bzw. bone bruise bei unauffälligen ossären Verhältnissen, (jedoch) eine Zerrung/Teilruptur des lateralen Bandapparates (calcaneofibuläres Ligament) fanden. Die übrigen Binnenstrukturen seien intakt (Urk. 8/M2).

3.3. Dem Bericht von Prof. Dr. med. C. \_\_\_ vom 9. Dezember 2010 sind die Diagnosen (1) Status nach Supinationstrauma (beim Gehen) des linken Fusses mit Syndesmosen-Zerrung am 14. Mai 2010, (2) Status nach Supinationstrauma des rechten Fusses am 3. Oktober 2010 (auf der Treppe) mit Syndesmosen-Zerrung und Verdacht auf Teilruptur des Ligamentum calcaneo-fibulare rechts und (3) Allergie auf Voltaren-Tabletten möglich zu entnehmen (Urk. 8/M7). Prof. Dr. C. \_\_\_ attestierte keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/M7).

3.4. Nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 9. Dezember 2010 diagnostizierten die Ärzte der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals E. \_\_\_ eine OSG-Instabilität beidseits mit ossärem Kapselbandausriss des Os naviculare rechts und mit Verdacht auf Peronealsehnenläsion rechts (Urk. 8/M1). Bei der klinischen Untersuchung wurde eine im Stehen leichte Knicksenkfusstendenz beidseits erhoben. Der Barfussgang war flüssig und hinkfrei. Der Zehenspitzenangriff war unauffällig. Klinisch bestand kein vermehrter Talusvorschub, im rechten Fuss jedoch eine deutliche Schwellung im Verlauf der Peronealsehnen und Druckdolenz. Die Pronationsbewegung war gegen Widerstand schmerzfrei. Bei der Röntgenuntersuchung des OSG zeigten sich keine relevanten degenerativen Veränderungen, und in der Saltzman-View eine neutrale Rückfußachse. Im seitlichen Bild war im Bereich des Os naviculare dorsal ein kleiner ossärer Ausriss sichtbar, wobei es für die Ärzte des Kantonsspitals E. \_\_\_ fraglich war, ob es sich dabei um eine frische Läsion handle (Urk. 8/M1 S. 1). Laut den Ärzten

des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ bestand eine OSG-Instabilität rechts mehr als links. Dies erklärte mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine Peronealsehnenläsion auf der rechten Seite. Wahrscheinlich sei es im Rahmen der Instabilität zu einem ossären Kapselbandausriss im Bereich des Os naviculare gekommen (Urk. 8/M1).

3.5 Die Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_, Fusschirurgie der H.\_\_\_\_ Klinik stellten die Diagnose persistierende Beschwerden anterolaterales OSG beidseits bei Status nach OSG-Distorsionstrauma links im Mai 2010 und Status nach OSG-Distorsionstrauma rechts im Oktober und Ende November 2010 (Urk. 8/M6). Gemäss den Ärzten der H.\_\_\_\_ Klinik hatte sich die Beschwerdeführerin bei einem Status nach beidseitigen Distorsionstraumata noch nicht erholt, wobei die Schmerzen vor allem lateralseits über dem Sinus tarsi sowie in Projektion auf das Subtalgelenk angegeben würden. Eine Instabilität lasse sich bei der klinischen Untersuchung nicht feststellen, subjektiv werde diese auch nicht empfunden. Von welcher anatomischen Struktur die beklagten Beschwerden ausgehen würden, sei schwierig zu sagen, jedenfalls sei nicht das ossäre Fragment über dem Os naviculare rechts verantwortlich (Urk. 8/M6).

3.6 Am 20. Dezember 2010 begab sich die Beschwerdeführerin zur Untersuchung in die Klinik I.\_\_\_\_, ... (Urk. 8/M11). Deren Ärzten diagnostizierten einen Status nach OSG-Supinationstrauma beidseits bei Verdacht auf Chronic Regional Pain Syndrome Grad I (CRPS I) rechts mehr als links sowie Arthrofibroseneigung. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich ein soweit stabiles Sprunggelenk beidseits und eher eine Tendenz zur Arthrofibrose bei eingeschränkter Beweglichkeit, insbesondere in Dorsalextension und Plantarflexion mit teilweise ventrolateralem Einklemmen sowie maximaler Druckdolenz über dem Ligamentum fibulare anterius beidseits. Die Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/M11 S. 1), welche sie am 14. Februar 2011 weiterhin attestierten (Urk. 8/M11 S. 2).

3.7 Dr. J.\_\_\_\_, Klinik K.\_\_\_\_, stellte am 29. Dezember 2010 die Diagnosen (1) Verdacht auf CRPS I Fuss rechts bei Status nach OSG-Distorsion Mitte November 2010, Teilruptur des lateralen Bandapparates, Läsion der Kapsel posterior posterolateral, Kapselverdickung, mögliche ältere ossäre Läsion (MRI November 2010) sowie (Status nach) CRPS I Fuss links bei Status nach Supinationstrauma im Mai 2010 (Urk. 11/2/1). Auf der linken Seite bestehe nach einer OSG-Distorsion im Mai 2010 ebenfalls ein protrahierter Verlauf, die Befunde seien jedoch weniger ausgeprägt als rechts (Urk. 11/2/1).

3.8 Dem Bericht von Dr. L.\_\_\_\_, Zentrum W.\_\_\_\_, vom 24. Januar 2011 sind die Diagnosen unklare Berührungsschmerzen im Fussbereich beidseits (Differentialdiagnose [DD]: [Morbus] Sudeck) und Status nach beidseitigem OSG-Trauma links im Mai 2010 sowie rechts im Oktober 2010 zu entnehmen. Dr. L.\_\_\_\_ hielt in diesem Bericht weiter fest, nachdem sowohl eine arterielle wie venöse Pathologie soweit ausgeschlossen würden, bestehe aufgrund des von der Beschwerdeführerin geschilderten Krankheitsverlaufs der Verdacht auf einen Morbus Sudeck. Die Einnahme des Medikamentes Calcitonium weise ebenfalls in diese Richtung (Urk. 11/3).

3.9 Der Neurologe PD Dr. M.\_\_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin am 26. Januar 2011 (Urk. 8/M4). Laut seiner Beurteilung vom 23. Februar 2011 ergaben sich klinisch keine Hinweise auf das Vorliegen einer Polyneuropathie. Auch die

Screening-Elektrophysiologie sei diesbezüglich ohne pathologischen Befund gewesen. PD Dr. M. \_\_\_ hielt dafür, dass die belastungsabhängigen Schmerzen aus seinem Fachgebiet nicht zu erklären seien, weshalb er sich der Empfehlung der Ärzte der Klinik I. \_\_\_ zur ganzheitlichen Therapie in einer Schmerzklinik anschliessen möchte (Urk. 8/M4 S. 2).

3.10. Bei der angiologischen Untersuchung durch Prof. Dr. med. BB. \_\_\_, Direktorin der Klinik für Angiologie des Spitals N. \_\_\_, vom 8. Februar 2011 wurde eine unauffällige arterielle Perfusion beider unteren Extremitäten festgestellt (Urk. 11/4 S. 1). Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine gewisse vasomotorische Dysregulation. Es zeigten sich deutliche Vasospasmen beim Aufstehen oder Herunterhängenlassen der Beine beidseits, die A. tibialis anterior und A. dorsalis pedis seien duplexsonographisch darstellbar, würden sich aber sehr spastisch zeigen. Die Gefässe am Unterschenkel und am Fuss seien im übrigen normal. Insgesamt schein die Beschwerdeführerin zu einer Dysregulation zu neigen, diese sei nun wahrscheinlich durch die traumatischen Ereignisse an beiden Füssen vermehrt getriggert worden (Urk. 11/4 S. 2).

3.11. Am 10. Februar 2011 wurde im B. \_\_\_ Institut eine MRI-Untersuchung der Unterschenkel und der OSG durchgeführt. Gemäss der Beurteilung von Dr. med. CC. \_\_\_ bestand eine diskrete Verdickung des Ligamentum fibulare anterius rechts, bei im übrigen ausser einer talonaviculären Arthrose und einem wahrscheinlicher Weise posttraumatischen ossären Fragment im superioren talonaviculären Gelenkspalt (rechtes OSG) beidseits regelrechtem Befund. Es bestehe kein Anhaltspunkt für einen Morbus Sudeck (Urk. 8/M3 S. 2).

3.12. Im Bericht vom 30. März 2011 über die ambulante neurologische Untersuchung im Spital O. \_\_\_, vom 14. März 2011 wurde ein Verdacht auf komplexes regionales Schmerzsyndrom bei Status nach zwei Bagatelltraumen (OSG-Distorsion links im Mai 2010, OSG Distorsion rechts im Oktober 2010) diagnostiziert (Urk. 8/M9 S. 3, Urk. 11/5 S. 3). Die Ärzte des Spitals O. \_\_\_ hielten fest, dass sich sowohl klinisch als auch radiologisch keine sicheren Hinweise für eine sympathische Reflexdystrophie finden liessen. Im aktuellen klinisch neurologischen Untersuchungsbefund fanden sich keine Hinweise auf zusätzlich bestehende Nervenläsionen (z.B. Paresen, Reflexausfälle oder -differenzen oder Sensibilitätsstörungen). Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Dysästhesien und Schmerzen liessen sich erfahrungsgemäss schwer objektivieren. Auch in der zusätzlich durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Nervenläsionen (z.B. Polyneuropathie, Tarsaltunnel-Syndrom) gefunden. Insbesondere sei auch die sympathische Hautantwort an den Beinen regelrecht. Zusammenfassend fanden sich neben der Verdachtsdiagnose einer sympathischen Reflexdystrophie keine Hinweise auf eine andere neurologische Erkrankung (Urk. 11/5 S. 2).

3.13. Dem Bericht der Angiologischen-Gefässchirurgischen Poliklinik des P. \_\_\_ ist die Diagnose Verdacht auf CRPS (Sudeckdystrophie) beider Füsse mit/bei Status nach OSG-Distorsion links Mai 2010, Status nach OSG-Distorsion rechts Oktober 2010 sowie aktuell: Calcitonin-Therapie zu entnehmen (Urk. 8/M13 S. 1). Bei der von den Ärzten des P. \_\_\_ am 31. März 2011 durchgeführten arteriellen Ausmessung zeigte sich eine gute arterielle Ruheperfusion. Eine ursächliche vaskuläre Genese könne ausgeschlossen werden. Es stelle sich allerdings eine ausgeprägte Akrozyanose der unteren Extremitäten als Zeichen einer neuro-vaskulären Dysfunktion dar. Diese

Beschwerden seien am ehesten im Rahmen einer Sudeckdystrophie zu interpretieren (Urk. 8/M13 S. 2).

3.14. Die Beschwerdeführerin wurde am 3. Juni 2011 im Spital O. von Chefarzt Prof. Dr. med. DD. ambulant rheumatologisch untersucht. Dieser diagnostizierte ein unklares Schmerz-Syndrom an beiden Füssen und Sprunggelenken rechts mehr als links (Urk. 8/M10 S. 1). Die Sprunggelenke der Beschwerdeführerin hätten sich nicht gut untersuchen lassen, da diese eine Allodynie aufweise und während der Untersuchung darauf hinweise, möglichst nicht berührt zu werden. Im klinischen Status änderten sich keine Hinweise für eine entzündliche Gelenkerkrankung, auch anamnestisch liessen sich keine eindeutigen Hinweise für eine rheumatologische Grunderkrankung finden. Differentialdiagnostisch sei bei der Beschwerdeführerin bereits eine Algodystrophie im Bereich der Sprunggelenke in Betracht gezogen worden, wobei er (Prof. Dr. DD.) bei seiner Untersuchung vom 3. Juni 2011 keine Hinweise gefunden habe. Auch sei das präsentierte Schmerzbild nicht typisch für eine Algodystrophie gewesen (Bericht vom 16. Juni 2011, Urk. 8/M10 S. 2).

3.15. Im Schreiben vom 8. Juli 2011 nannte Prof. Dr. Q. die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms der unteren Extremität bei OSG Supinationstrauma rechts am 3. Oktober 2010 und "Complex Regional Pain Syndrome" (Urk. 8/M5).

3.16. Dem Bericht des Spitals N., Institut für Anästhesiologie, über das Schmerzambulatorium vom 22. Juli 2011 ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin an beiden Füssen neuropathische Schmerzen nach Distorsionstraumen vorliegen. Möglicherweise seien zu einem früheren Zeitpunkt die Kriterien nach Harden für ein CRPS erfüllt gewesen. Zum aktuellen Zeitpunkt sei dies nicht der Fall (Urk. 8/M8).

3.17. In seiner "Fallbesprechung" vom 18. August 2011 hielt Dr. R. fest, dass die vorhandenen Beschwerden der Beschwerdeführerin "überwiegend wahrscheinlich" nicht mehr auf das Ereignis vom 3. Oktober 2010 zurückzuführen seien. Zur Begründung führte er aus, aufgrund der verschiedenen Berichte inklusive des Berichts der Schmerzsprechstunde des Spitals N. vom 22. Juli 2011 hätten die Schmerzen kein somatisches Korrelat und seien ätiologisch unklar. Eine strukturelle traumatisch bedingte Veränderung habe weder klinisch noch radiologisch dokumentiert werden können. Der status quo sine sei spätestens zum jetzigen Zeitpunkt erreicht (Urk. 8/M12).

3.19. Dr. Z. führte in seinem Schreiben vom 29. August 2011 an die Beschwerdegegnerin aus, bei diversen Untersuchungen bei Orthopäden und Neurologen am Spital N. sei der Verdacht auf eine Sudeck-Dystrophie erhoben worden. Wegen der Schmerzen sei der Beschwerdeführerin ab 27. Dezember 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Bei ihm (Dr. Z.) sei die Beschwerdeführerin mit starken Schmerzen und einem massig geschwellenen und massiv berührungsempfindlichen OSG mit livider Hautverfärbung am 18. Februar 2011 vorstellig geworden. Er habe sie ans P. (Abteilung für Angiologie-Gefässchirurgie) überwiesen, wo ebenfalls der Verdacht auf das Vorliegen eines Sudeck (Chronic regional pain syndrome, CRPS) bestätigt worden sei. Ausgedehnte weitere labortechnische Untersuchungen zum Ausschluss anderer Krankheitsursachen (Borreliose, Chancencugna und rheumatologische Entzündungen) seien negativ ausgefallen. Eine Tätigkeit als

Ärztin sei seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 27. Dezember 2010 nicht mehr in Frage gekommen (Urk. 8/M14).

3.20. Prof. Dr. AA.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 29. August 2011 die Diagnose CRPS I (SMP) im Bereich beider Füsse bei Status nach OSG-Distorsionstraumen beidseits. Er berichtete, dass sich die klinisch rheumatologisch symptomorientierte Untersuchung sehr schwierig gestaltet habe, da die Beschwerdeführerin bereits bei der kleinsten Berührung über ausgesprochen starke Schmerzen berichtet habe. Prof. Dr. AA.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, dass die Symptomatik an beiden Füssen nach entsprechenden Bagatellverletzungen ein CRPS an beiden Füssen (nach den Budapest-Kriterien) ergeben habe (Urk. 19/2).

3.21. Nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin führte S.\_\_\_\_, M.D., Ph.D., am 2. September 2011 in seinem Konsultationsbericht sinngemäss aus, dass primär ein komplexes regionales Schmerz-Syndrom Typ I der rechten unteren Extremität bestehe. Die Diagnose basiere auf mehreren objektiven Befunden, inklusive Schwellung, Farb- und Temperaturveränderungen. Nach seiner Einschätzung war die körperliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin - im Zeitpunkt der Untersuchung - mittelgradig bis schwer. Das CRPS I der Beschwerdeführerin habe sich generalisiert (Urk. 3).

#### **E. 4**

4.1. Vorab ist festzuhalten, dass in den aufgelegten medizinischen Akten noch erwähnt wird, die Beschwerdeführerin habe bei einem - nicht von der Beschwerdegegnerin versicherten - Unfall vom 14. Mai 2010 ein Supinationstrauma des linken Fusses mit Syndesmosen-Zerrung (Urk. 8/M7 S. 1) bzw. Distorsionstrauma des linken Fusses (Urk. 8/M8 S. 1) erlitten. Ferner finden sich in den Arztberichten Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin nach der Prellung des rechten Fusses vom 3. Oktober 2010 diesen Fuss am 15. (Urk. 8/M7 S. 1) bzw. Ende (Urk. 8/M6 S. 1) November 2010 ein weiteres Mal verletzt hatte (vgl. auch Urk. 8/M11 S. 1). Bei der Untersuchung im Kantonsspital E.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2010 erwähnte die Beschwerdeführerin sogar, sie habe in den letzten drei Monaten dreimalig rechtsseitig ein leichtes Supinationstrauma erlitten (Urk. 8/M1 S. 1). Ob der Beschwerdeführerin aus diesen weiteren Ereignissen Ansprüche gegenüber der Beschwerdegegnerin zustehen, kann gestützt auf die nachfolgenden Erwägungen indes offen bleiben.

#### **4.2.**

4.2.1. Aus den zitierten medizinischen Akten ergibt sich, dass bei der MRI-Untersuchung des rechten OSG vom 15. November 2010 unauffällige ossäre Strukturen, insbesondere keine Hinweise auf eine Fraktur bzw. bone bruise erhoben wurden (E. 3.2). Bei der Röntgenuntersuchung im Kantonsspital E.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2010 wurde zwar ein kleiner ossärer Ausriss sichtbar. Gemäss den Ärzten dieses Spitals war aber fraglich, ob es sich dabei um eine frische Läsion gehandelt hatte (Urk. 8/M1 S. 1). Es war somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der ossäre Ausriss durch den Unfall vom 3. Oktober 2010 verursacht wurde. Neben der diskreten Verdickung des Ligamentum fibulare anterius rechts ersah man im MRI vom 10. Februar 2011 eine talonaviculare Arthrose und ein ossäres Fragment im superioren talonaviculären Gelenkspalt, welches laut der Einschätzung von Dr. CC.\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_ Institut indes nur wahrscheinlicherweise posttraumatisch sei.

Bei ansonsten intakten Binnenstrukturen wurde mittels MRI vom 15. November 2010 eine Zerrung/Teilruptur des lateralen Bandapparates bzw. des calcaneofibularen Ligaments festgestellt. Laut MRI-Befund waren das anteriore und das posteriore talofibulare Ligament gut abgrenzbar, das calcaneofibulare Ligament liess sich nicht mehr eindeutig abgrenzen (E. 3.2). Für Prof. Dr. C. \_\_\_ bestand indes nur der Verdacht auf eine Teilruptur des Ligamentum calcaneo-fibulare rechts (E. 3.3). Beim MRI vom 10. Februar 2011 waren das Ligamentum fibulo-calcaneale sowie das anteriore und das posteriore Ligamentum fibulo-talare abgrenzbar, das anteriore fibulare-talare Ligament war etwas verdickt (Urk. 8/M3). Der Verdacht auf eine Teilruptur des Ligamentum calcaneo-fibulare rechts konnte mit der MRI-Untersuchung vom 10. Februar 2011 also nicht bestätigt werden.

Die Ärzte des Kantonsspitals E. \_\_\_ stellten die Verdachtsdiagnose auf Peronealsehnenläsion rechts, wiesen aber gleichzeitig darauf hin, dass beim MRI des rechten Fusses (vom 15. November 2010) keine eindeutige Läsion der Peronealsehnen sichtbar geworden sei (Urk. 8/M1).

4.2.2 Dass der Unfall vom 3. Oktober 2010 zu (weiterhin bestehenden) strukturellen Schädigungen des rechten OSG bzw. Fusses der Beschwerdeführerin geführt hätte, ist durch die im bildgebenden Verfahren durchgeführten Untersuchungen somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

4.3 Aus den Berichten über die verschiedenen rheumatologischen und orthopädischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin wird ersichtlich, dass Prof. Dr. C. \_\_\_ am 8. Dezember 2010 einen Status nach Supinationstrauma des rechten Fusses am 3. Oktober 2010 (auf der Treppe) mit Syndesmosen-Zerrung und Verdacht auf Teilruptur des Ligamentum calcaneo-fibulare rechts diagnostizierte. Für Prof. Dr. C. \_\_\_ bestand keine Arbeitsunfähigkeit (E. 3.3). Die Ärzte der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals E. \_\_\_ gingen von einer OSG-Instabilität (beidseits) aus und hielten dafür, dass es - wahrscheinlich - im Rahmen der Instabilität zu einem ossären Kapselbandausriss im Bereich des Os naviculare gekommen sei (E. 3.4). Demgegenüber konnten die Ärzte der H. \_\_\_ Klinik bei der klinischen Untersuchung keine Instabilität feststellen, und sie hielten weiter dafür, dass nicht das ossäre Fragment über dem Os naviculare rechts für die Beschwerden der Beschwerdeführerin verantwortlich sei (E. 3.5). Ein soweit stabiles Sprunggelenk fand sich auch bei der Untersuchung durch die Ärzte der Klinik I. \_\_\_ vom 20. Dezember 2010 (Urk. 8/M11 S. 1). Bei der Verlaufskontrolle in dieser Klinik vom 14. Februar 2011 klagte die Beschwerdeführerin über weiterhin massive Schmerzen in beiden Sprunggelenken, wobei aber damals im linken Sprunggelenk die Schmerzen grösser als im rechten gewesen seien. Die Ärzte der Klinik I. \_\_\_ stellten sich nach dieser Verlaufskontrolle vom 14. Februar 2011 auf den Standpunkt, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht nicht mehr erklärbar seien. Auch die MRI-Bilder des OSG und Unterschenkel rechts zeigten keine wesentlichen intraartikulären oder periartikulären Verletzungen, welche das Schmerzbild erklären könnten (Urk. 8/M11 S. 1). Prof. Dr. DD. \_\_\_ vom Spital O. \_\_\_ konnte bei der Untersuchung vom 3. Juni 2011 keine eindeutigen Hinweise für eine rheumatologische Grunderkrankung finden (E. 3.14).

4.4 Gemäss der Beurteilung von PD Dr. M. \_\_\_ vom 23. Februar 2011 sind die Schmerzen der Beschwerdeführerin aus seinem Fachgebiet (Neurologie) nicht zu erklären (E. 3.9). Ausser der Verdachtsdiagnose einer sympathischen Reflexdystrophie

(vgl. nachstehend E. 4.5) wurden auch bei der neurologischen Untersuchung im Spital O.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2011 keine Hinweise auf neurologische Erkrankungen festgestellt (E. 3.12). Weitgehend unauffällig waren auch die Untersuchungen auf dem angiologischen Fachgebiet (E. 3.8 und E. 3.10).

4.5 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sich als Folge des Unfalls ein chronisches regionales Schmerzsyndrom entwickelt habe (Urk. 1 S. 10). Das komplexe regionale Schmerzsyndrom Typ I (complex regional pain syndrome [CRPS I]) wird auch als sympathische Algodystrophie oder Sudeck-Syndrom bezeichnet. Früher wurde auch der Begriff sympathische Reflexdystrophie verwendet (Psychembel, Klinisches Wörterbuch, 263. Auflage, Berlin/Boston 2011). Die Beschwerdeführerin kann vorliegend aus dem von ihr zitierten Urteil des Bundesgerichts 8C\_384/2009 vom 5. Januar 2010 nichts zu ihren Gunsten ableiten. Von den in diesem Urteil aufgestellten Voraussetzungen, welche zur Qualifikation des CRPS als Folge eines Unfalls erfüllt sein müssen, ist vorliegend bereits die Voraussetzung der kurzen Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Algodystrophie bzw. des CRPS nicht gegeben. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung beträgt diese Latenzzeit sechs bis acht Wochen (a.a.O. E. 4.2.1). Die Beschwerdeführerin räumt ein, dass die Verdachtsdiagnose eines Morbus Sudeck, mithin eines CRPS, erstmals am 20. Dezember 2010 von den Ärzten der Klinik I.\_\_\_\_ gestellt worden sei. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) ist indes nicht zutreffend, dass sie vor diesem Zeitpunkt nie klinisch untersucht worden sei. Sie wurde zuvor namentlich am 8. Dezember 2010 von Prof. Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 8/M7), am 9. Dezember 2010 von den Ärzten der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ (Urk. 8/M1) und am 13. Dezember 2010 von den Ärzten der H.\_\_\_\_ Klinik (Urk. 8/M6) untersucht. Dem Argument der Beschwerdeführerin kann somit nicht gefolgt werden. Die vom Bundesgericht mit erwähnten Urteil aufgestellten Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Dass im August bzw. September 2011 von Prof. Dr. AA.\_\_\_\_ bzw. Dr. S.\_\_\_\_ nunmehr die Diagnose eines CRPS gestellt wurde (E. 3.20-3.21), vermag daran nichts zu ändern, waren in diesem Zeitpunkt doch bereits rund elf Monate seit dem Unfall vom 3. Oktober 2010 vergangen. Nach Lage der medizinischen Akten wurde - bis Prof. Dr. AA.\_\_\_\_ und der amerikanische Arzt S.\_\_\_\_ Ende August bzw. anfangs September 2011 ein CRPS I diagnostizierten (E. 3.20-3.21) - das Vorliegen eines CRPS I bei der Beschwerdeführerin wenn überhaupt, dann stets nur als Verdachts- bzw. Differentialdiagnose gestellt bzw. Gründe, welche gegen das Vorliegen eines CRPS I sprechen, angeführt. Dies obwohl die Beschwerdeführerin auch bezüglich des Vorliegens eines CRPS I abgeklärt wurde. So wurde namentlich bei der MRI-Untersuchung vom 10. Februar 2011 kein Anhaltspunkt für ein Morbus Sudeck bzw. CRPS I gefunden (Urk. 8/M3 S. 2). Die ambulante neurologische Untersuchung im Spital O.\_\_\_\_ ergab klinisch wie auch radiologisch ebenfalls keine sicheren Hinweise für eine sympathische Reflexdystrophie bzw. ein CRPS I (E. 3.12). Auch Dr. DD.\_\_\_\_ fand keine Hinweise für eine Algodystrophie bzw. ein CRPS I und hielt zudem fest, dass das präsentierte Schmerzbild dafür nicht typisch gewesen sei (E. 3.13). Schliesslich wiesen die Ärzte des Spitals N.\_\_\_\_ darauf hin, dass im Zeitpunkt des Schmerzambulatoriums vom 22. Juli 2011 die Kriterien (nach Harden) für ein CRPS I nicht erfüllt gewesen seien (E. 3.16).

4.6 Zusammenfassend ergibt sich somit, dass durch die zahlreichen im bildgebenden Verfahren durchgeführten Untersuchungen wie auch die klinischen

Untersuchungen kein organisches Korrelat für die Beschwerden der Beschwerdeführerin nachgewiesen werden konnte. Ebenso wenig ist aufgrund der medizinischen Akten erstellt, dass zwischen dem vom 3. Oktober 2010 und dem erstmals im August bzw. September 2011 nicht nur als Verdachtsdiagnose diagnostizierten CRPS I mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang besteht. Aufgrund der Würdigung der ärztlichen Berichte lässt sich nicht sagen, dass der Unfall vom 3. Oktober 2010 die notwendige Voraussetzung für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wäre. Keiner der Ärzte, welche die Beschwerdeführerin untersucht haben, legte sich darauf fest, dass zwischen dem Unfall vom 3. Oktober 2010 und den nach wie vor geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Insbesondere im Hinblick darauf, dass sich die Beschwerdeführerin bereits von Spezialisten der verschiedensten medizinischen Fachrichtungen untersuchen liess, sind von ergänzenden Abklärungen keine weiteren Aufschlüsse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. E. 2.3). Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung von Dr. R. (E. 3.17) ihre Leistungen per 18. August 2011 einstellte.

5. Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. November 2011 als rechtmässig, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens braucht nicht weiter geprüft zu werden, ob der Beschwerdeführerin für das Einspracheverfahren eine Parteientschädigung zusteht.

## E. 6

6.1 Die Beschwerdeführerin beantragte schliesslich, dass die Kosten für den Bericht von S., M.D., Ph.D., T., vom 2. September 2011 (Urk. 3) im Betrag von \$ 500 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen seien.

6.2 Gemäss Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil der nachträglich zugesprochenen Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 2 ATSG). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt es sich, die von der versicherten Person veranlasste Untersuchung einer vom Versicherer angeordneten Begutachtung gleichzustellen und diesem die entsprechenden Kosten aufzuerlegen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund der von der versicherten Person beigebrachten Untersuchungsergebnissen schlüssig feststellen lässt (Urteil des Bundesgerichts U 143/04 vom 22. Dezember 2004, E. 6.1 mit Hinweisen). Bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts ist der Bericht von S., M.D., Ph.D., T., vom 2. September 2011 (Urk. 3) zwar mitberücksichtigt worden, es kann aber nicht gesagt werden, dass der medizinische Sachverhalt erst nach Beibringung dieses Berichts hätte schlüssig festgestellt werden können (vgl. E. 4). Demnach können die Kosten für den Bericht von S., M.D., Ph.D., T., vom 2. September 2011 (Urk. 3) nicht der Beschwerdegegnerin auferlegt werden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Käbler unter Beilage einer Kopie von Urk. 18

- Unfallversicherung Stadt Zürich

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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 ..., 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.