

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00046**

## **vom 7. August 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00046](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00046)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00046 du 7 août 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00046 del 7 agosto 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1972

geborene X.\_\_\_\_ arbeitete ab Juni 2006 mit einem Beschäftigungsgrad von 80 % in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Banksachbearbeiter bei der Z.\_\_\_\_ und war dadurch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG obligatorisch unfall versichert . Am 20. Septem ber 2006 erlitt er beim Hallenfussball eine Luxationsfraktur des rechten oberen Sprunggelenks (OSG), welche am 26. September 2006 im Spital A.\_\_\_\_ osteosynthetisch versorgt wurde (Urk. 10/1, Urk. 11/2).

Nach dem der Versicherte vom 7. bis 27. November 2006 wegen eines Schmerzsyndroms am rechten Fuss erneut im A.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen war (Urk. 11/9), erfolgten Re habilitationsaufenthalte in der Klinik B.\_\_\_\_ (27. November 2006 bis 18 . Januar 2007; Urk. 11 /15) und

in der Klinik C.\_\_\_\_ ( 22. Juni bis 19. Juli 2007 (Urk. 11/23) .

Gestützt auf ein von ihr eingeholtes interdisziplinä res Gutachten vom 18. August 2009 (Urk. 11/60) stellte die Zürich Versiche rungs -Gesellschaft AG mit Verfügung vom 7 . April 2010 die Heilbehandlung per Verfügungsdatum und die Taggelder per 30. Juni 2010 ein (Urk. 10/85). Daran hielt sie auf Ein sprache hin (Urk. 10/90, Urk. 10/100) mit Entscheid vom 13. Januar 2012 fest (Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung ( UVG ) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Un fallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sin ne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Um stände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als einge treten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entspre chend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des na türli chen Kau salzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die al leinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schä digende Ereignis zu sammen mit anderen Bedingungen die kör perliche oder geistige Integrität der versicherten Person beein trächtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht

weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3.1**

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 1.3.2**

hiervor). Diese hat unstreitig nach den für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall gelten den Grundsätzen (E. 1.3.2 und E. 1.3.3 hiervor) zu erfolgen. 5.2

Eigenen Angaben zufolge ist der Beschwerdeführer am 20. September 2006 beim Fussballspielen unter Kollegen ohne Dritteinwirkung mit dem Schuh am Turnhallenboden hängen respektive kleben geblieben, worauf er sich das rechte Bein verdreht habe (Urk. 10/1, Urk. 10/59). Dieses Unfallereignis ist als leicht einzustufen, weshalb die Adäquanz rechtsprechungsgemäss ohne weiteres zu verneinen ist (E. 1.3.4 hiervor).

Eine höhere Einstufung ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, welcher den Vorfall unter Hinweis auf die ärztlichen Berichte und insbesondere den Bericht der Q.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2012 (Urk. 3/3) im mittleren Bereich angesiedelt haben will (Urk. 1 S. 6 f.) – nicht gerechtfertigt.

Massgebend bei der Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, welche nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_100/2011 vom 1. Juni 2011 E. 3.4 Ingress, nicht publ. in: BGE 137 V 199) 5.3

Ein Grund, trotz Vorliegen eines leichten Unfallereignisses die Adäquanzbeurteilung in Anwendung der von der Rechtsprechung für mittelschwere Unfälle entwickelten Kriterien (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) vorzunehmen, ist nicht gegeben. Denn es ist Ausnahmefall im dem Sinne, dass die unmittelbaren körperlichen Unfallfolgen eine psychische Fehlentwicklung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 mit Hinweis auf nicht veröffentlichtes Urteil U 93/91 vom 6. Juli 1993; Urteil des Bundesgerichts 8C\_887/2009 vom 21. Januar 2010 E. 5.2), liegt nicht vor. Dies wurde vom Beschwerdeführer auch nicht postuliert. 5.4

Selbst wenn indes die Kriterien für Unfälle im mittleren Bereich (E. 1.3.5 hiervor) herangezogen würden, müsste die Adäquanz entgegen der Betrachtungsweise des

Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6 f.) verneint werden. Der Unfall vom 20. September 2006 ereignete sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen noch war er von besonderer

Eindeutlichkeit. Bei der dabei erlittenen rechtsseitigen OSG-Luxationsfraktur handelte es sich sodann nicht um eine schwere Verletzung, welche erfahrungsgemäss besonders geeignet wäre, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Diese Fraktur wurde sechs Tage nach dem Unfallereignis

osteosynthetisch versorgt, wobei sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos gestaltete (Urk. 11/2-3, Urk. 11/9) und der Beschwerdeführer bis am 6. November 2006 einen Unterschenkelgips tragen musste (Urk. 11/6). Hiernach beschränkte sich die Behandlung der somatischen Beschwerden auf die

Einnahme von Medikamenten und

manueller therapeutischer Vorkehrungen. Damit kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung somatischer Unfallfolgen gesprochen werden. Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung liegen nicht vor.

Zusolge psychischer Überlagerung der somatischen Leiden

sind schliesslich die beiden Kriterien des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sowie der körperlichen Dauerschmerzen ebenfalls nicht erfüllt. Hinzu kommt, dass die Feststellungen der Gutachter des L. \_\_\_\_

(Urk. 11/60 S. 13-15 und 18) auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten und den tatsächlichen Beschwerden schliessen lassen. Somit wären – selbst wenn aufgrund des sich entwickelnden CRPS Typ I von einem schwierigen Heilungsverlauf auszugehen würde – weder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise noch die massgebenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt.

Insofern ist die Adäquanz eines etwaigen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 20. September 2006 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagten Beschwerden

zu verneinen.

6.

Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid ihre Leistungspflicht über den 7. April beziehungsweise

30. Juni 2010 hinaus verneinte. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur. Y. \_\_\_\_ - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 1

5. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Buchter AN/TB/MT versandt

### **E. 1.3.3**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). Dabei ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

### **E. 1.3.4**

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 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

### **E. 1.3.5**

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 Kriterien sind zu nennen: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich 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 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

#### **E. 1.4**

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG auszurichten. Insbesondere sei ihm eine UVG-Rente, welche seiner tatsächlichen Erwerbsunfähigkeit entspricht, ab dem 1. Juli 2010 zuzusprechen so wie eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten;

unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. März 2012 (Urk. 9) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 3. April 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist die Einstellung der Versicherungsleistungen per 7. April (Heilbehandlung) respektive 30. Juni 2010 (Taggeld).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, anhand der medizinischen Aktenlage stehe fest, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung

keine organischen Unfallfolgen mehr bestanden hätten. Weitere Abklärungen seien diesbezüglich nicht erforderlich. Ob die psychischen Beschwerden natürlich kausal auf das Unfallereignis vom 20. September 2006 zurück zuführen seien, könne offen gelassen werden. Denn in Bezug auf die nicht organischen Beschwerden sei die Adäquanz ausgehend von einem leichten Ereignis nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen (Urk. 2 S. 5 ff.).

### E. 2.3

Dem hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen entgegen, es sei nicht nachvollziehbar, dass die psychische Verfassung für seine Beschwerden verantwortlich sein soll. Aus den Arztberichten gehe hervor, dass die heutigen Befunde gut zu einer Nervenschädigung passten, die auch das CRPS ausgelöst haben könne. Aus dem Unfall vom 20. September 2006 habe sich ein schwerwiegendes Syndrom entwickelt, dessen komplexer Verlauf nur eine hoch spezialisierte Klinik mit der nötigen Erfahrung kompetent und interdisziplinär beurteilen könne. Da her sei eine Begutachtung im D.\_\_\_\_ erforderlich. Die objektiven Befunde stünden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall, vor welchem er beschwerdefrei gewesen sei. Die Beschwerden seien erst nach diesem respektive nach der Operation sowie der anschließenden Gipsentfernung aufgetreten und damit zum Unfall adäquat kausal. Sämtliche behandelnde Ärzte hätten die Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden bejaht. Im Übrigen sei

die Adäquanz zum als mittelschwer einzustufenden Unfall selbst bei Annahme einer psychischen Problematik – wofür aufgrund der Akten jedoch keinerlei Hinweise vorlägen – gegeben

(Urk. 1). 3.

3.1

In der

Zusammenfassung der Krankengeschichte

des A.\_\_\_\_, Klinik für Unfallchirurgie, vom 13. November 2006 stellte der Klinikdirektor und Operateur Prof.

Dr. med. E.\_\_\_\_,

folgende Diagnose: - Schmerzsyndrom Fuss rechts - Status Osteosynthese einer OSG-Luxationsfraktur rechts am 26.09.06 - Knocheninfarkt distale Tibia postero-medial (MRI vom 22.11.06) - Thrombose der V. fibularis Höhe mittlerer Unterschenkel (Ultraschall vom 10.11.06; D-Dimere Norm)

Er konstatierte, die nach dem Wechsel respektive der Entfernung des Gipses aufgetretene Schmerzsymptomatik

sei insgesamt unklar. Insbesondere zeigten sich klinisch und laborchemisch keine Infektzeichen, und radiologisch sei die Fraktur bei intaktem und unverändertem Osteosynthesematerial

konsolidiert. Bei der Differentialdiagnose eines beginnenden komplexen regionalen Schmerzsyndroms (Complex Regional Pain Syndrome [CRPS]) sei trotz Fehlens weiterer klinischer Zeichen eine entsprechende Therapie eingeleitet worden (Urk. 11/9).

Nachdem in der

B.\_\_\_\_ die (Verdachts-)Diagnose eines C R P S am rechten Fuss gestellt worden war (Urk. 11/12, Urk. 11/15) , berichtete P rof. Dr. E.\_\_\_\_

am 16. April 2007 bei unveränderter Diagnosestellung, in der aktuellen Röntgenkontrolle zeige sich die Fraktur einwandfrei verheilt. Da zur Zeit

sicher keine Algodystrophie vorliege, werde dem Beschwerdeführer geraten, nun – nach Ausheilung der Fraktur – die Implantate zu entfernen und danach nochmals eine MR-Bilanzierung des OSG durchführen zu lassen (Urk. 11/18). 3. 2

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungapparates, G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ , welcher den Beschwerdeführer am 4. Mai 2007 erstmals zwecks Einholung einer

Zweitmeinung

untersucht hatte, schloss im Bericht vom 7. Mai 2007 diagnostisch auf eine protrahierte, noch nicht ganz abgelaufene Algodystrophie (Stadium I) und empfahl den Aufenthalt in der C.\_\_\_\_ vom 22. Juni bis 19. Juli 2007 (Urk. 11/ 20-21 ). Am 18. Dezember 2007 berichtete er, laut Angaben des Beschwerdeführers habe sich keine Besserung ergeben. Objektiv symptomatisch

habe sich die Gesamtsituation im rechten OSG allerdings deutlich verbessert , so dass er aufgrund des objektiven Befundes viel weniger Schmerzen verspüren

müsste. Insbesondere seien in der Untersuchung

vom 26. Oktober 2007 keine starken Entzündungszeichen mehr vorhanden gewesen , und radiologisch habe sich die Dystrophie ebenfalls zurückgebildet. Insgesamt sei die Situation jedoch weiterhin stark prekär. Der Beschwerdeführer sei psychisch völlig dekomponiert , weise eine tiefe Depression und eine völlig

gestörte

Schmerzverarbeitung auf (Urk. 11/31). 3.3

Der

vom 21. Februar bis 13. Juni 2008

behandelnde lic . phil. I.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Psychotherapie und für Klinische Psychologie FSP, J.\_\_\_\_ ,

nannte in seinem undatierten Bericht die Diagnosen einer nicht näher bezeichneten Schmerzstörung und einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und Angst gemischt (ICD-10 F43.22). Er erklärte, das avisierte Therapieziel der Aufhellung der Stimmung und der Entspannung sowie der Verringerung der Schmerzintensität habe sich nicht erreichen lassen ( Urk. 11/47 ). 3.4

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Fachärztin für Anästhesiologie, Schmerzambulatorium des A.\_\_\_\_ , wo sich der Beschwerdeführer ab März 2007 behandeln liess , nannte im Bericht vom 19. September 2008 folgende Diagnosen: - Chronisches Schmerzsyndrom Bein rechts bei/mit - St. n. OSG-Luxationsfraktur rechts am 20.9.2006 - St. n. Osteosynthese rechts am 26.9.2006 - Knocheninfarkt distale Tibia postero -medial (MRI vom 22.11.2006) -

Thrombose der V. fibularis mittlerer Höhe Unterschenkel (Ultraschall vom 10.11.2006) - V.a. CRPS Typ I bei persistierenden, starken Schmerzen, Hinweise für eine sympathische Dysregulation (kältere Extremität) - V.a. depressive Reaktion /Anpassung bei familiärer Belastungssituation, schwerer Krankheit und Tod des Vaters, Arbeitslosigkeit

Die Prognose sei unklar. Bisher hätten alle medikamentösen und physiotherapeutischen Massnahmen das Beschwerdebild nicht wesentlich verändert, wes halb dringend eine multidisziplinäre Abklärung empfohlen werde ( Urk. 11/49). 3.5

Im von der Beschwerdegegnerin veranlassten interdisziplinären Gutachten des Spitals L.\_\_\_\_

vom 18. August 2009, gezeichnet von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, lautet die Diagnosestellung wie folgt (Urk. 11/60 S. 16): - Chronifizierter Fusschmerz rechts (ICD-10 M79.6) - Status nach Osteosynthese einer OSG-Luxationsfraktur Typ B rechts mit Syndesmosen - und ventraler Kapselnaht 26.09.2006 ( fecit Prof. Dr. E.\_\_\_\_ ) nach OSG-Distorsion 20.09.2006 - Status nach CRPS Typ I Grad I-II (ICD-10 M89.07), aktuell nicht mehr nachweisbar - Knocheninfarkt distale Tibia postero -medial (MRI 22.11.06) - Thrombose Vena

fibularis Höhe mittlerer Unterschenkel (Ultraschall 10.11.06 [D-Dimere im Normbereich]) - Verdacht auf arterielle Hypertonie (Abklärungsbedarf): aktueller Blut druck 140/110 mmHg links sitzend in Ruhe - Adipositas (BMI 32.1 kg/m<sup>2</sup>) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), DD

medikamenten-induziert - Akzentuierte narzisstische und zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Verdacht auf Störung der Schmerzverarbeitung mit Verdacht auf Symptomausweitung - Verdacht auf dissoziative Störung / dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4)

Befragt zur Unfallkausalität führten die Gutachter aus, zwischen dem postoperativ aufgetretenen CRPS Typ I und dem Unfall vom 20. September 2006 besteht mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang. Nachdem sich klinisch im Verlauf der Rehabilitation ein Rückgang des CRPS Typ I Grad II zu Grad I und darunter liegend gezeigt habe, seien aktuell keine organischen Restbeschwerden oder typische Beschwerden im Sinne einer strukturellen organischen Störung oder eines CRPS mehr objektiv vierbar

(rein somatisch

Restitutio ad integrum). Klinisch -radiologisch finde sich eine mehr als zufriedenstellende Situation nach operativ versorgter OSG- Luxationsfraktur

rechts. Bestehen bleibe einzig die subjektiv empfundene Hyperpathie im Bereich des rechten Fusses, welche auch im Zusammenhang mit der Schmerzverarbeitungsproblematik interpretiert werden könne, so dass die Schmerzsituation im Begutachtungszeitpunkt

(30. März 2009 [Urk. 11/59]) möglicherweise in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall gesehen werden könne. Nach diesem habe der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht neben der Schmerzverarbeitungsstörung mit Verdacht auf Symptomausweitung auch eine depressive Episode entwickelt. Seine Persönlichk

eitsstruktur zeige eine psychische Konstellation, aufgrund derer der Unfall mit Entwicklung eines typischerweise schmerzhaften CRPS als ursächlich gewertet werden könne für die sich folgend manifestierende psychische Fehlentwicklung der Schmerzverarbeitungsstörung. Diese Verarbeitungsproblematik

sei auf das Ereignis und die damit zusammenhängenden Schmerzen, aber auch auf eine präexistente Vulnerabilität und psychosoziale Belastungssituation (Krankheit und Tod des Vaters, Non-Hodgkin-Lymphom des Bruders) zurück zu führen (Urk. 11/60 S. 21). 3. 6

Auf Veranlassung des behandelnden Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurde am 11. Mai 2010 in der Klinik Q.\_\_\_\_ mit der Fragestellung "CRPS II. Knocheninfarkt der Tibia. Anderes." eine MR-Untersuchung des rechten OSG durchgeführt. Gemäss Beurteilung des Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom Untersuchungstag zeigten sich posttraumatische Veränderungen in der Tibia, jedoch kein Knochenmarksinfarkt. Ein CRPS sei MR-tomographisch grundsätzlich nicht ausschliessbar, indirekte Hinweise für ein solches Leiden seien jedoch nicht vorhanden (Urk. 11/63). 3. 7

Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, T.\_\_\_\_, beurteilte am 10. Juni 2010, die klinischen und elektroneurographischen Untersuchungsbefunde vom 7. Juni 2010 (vgl. Bericht vom 7. Juni 2010 [Urk. 11/66]) passten gut zu einer stattgefundenen Peroneus-Läsion (Atrophie des M. extensor

digitorum

brevis, Sensibilitätsstörung im Innervationsgebiet des N. peroneus

superficialis, pathologische Peroneus-Neurographie) und Tibialis-Läsion (Atrophie der Mm. interossei dorsales, pathologisches Tibialis-SSEP rechts) rechts, entweder ausgelöst durch eine Traktionsläsion anlässlich der distalen Tibiafraktur und/oder durch eine Druckschädigung anlässlich der Ruhigstellung im Gips. Residual bestehe ein neuropathisches Schmerzsyndrom vorwiegend im

Innervationsgebiet des N. peroneus

superficialis rechts. Aufgrund der anhaltenden neuropathischen Beschwerden sei die Fortsetzung der Medikation mit Lyrica und die Applikation eines Neurodolphlasters auf den überempfindlichen Stellen zu empfehlen (Urk. 11/67). 3.

## **E. 6**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie in Folge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

## **E. 8**

Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt am 14. Juni 2010 fest, aufgrund der Anamnese, der vorliegenden Akten und der klinischen Untersuchung vom 10. Juni 2010 bestehe ein Status nach CRPS I am rechten Fuss, wobei sich gegenwärtig keine Hinweise mehr auf eine floride

Algodystrophie

zeigten. Die vom Beschwerdeführer geäusserten sensiblen Veränderungen und die Funktionseinbuße seien als Restbeschwerden zu werten (Urk. 11/64). 3.

### **E. 9**

Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, W.\_\_\_\_, vom Medical Support der Beschwerdegegnerin erklärte am 20. September 2010, die von Dr. S.\_\_\_\_ ermittelten elektroneurographischen Werte zeigten keine Nervenschädigung, sondern Normalbefunde. Die Untersuchung habe einzig eine verminderte Amplitude links im Gegensatz zu rechts ergeben. Jedoch sei die Amplitude – welche einen groben Anhalt über die Anzahl der weiter leitenden Nervenfasern gebe – häufig asymmetrisch und sehr abhängig von der Lage und Form der Ableitelektrode. Zur Erkennung einer Nerven- und/oder Muskelschädigung sei nebst der von der Neurologin durchgeführten Elektro neurographie zwingend auch eine Nadelmyographie ( Elektromyographie [EMG]) notwendig, welche bislang noch nicht durchgeführt worden sei (Urk. 11/68). 3.

### **E. 10**

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde der Beschwerdeführer

am 23. November 2010 durch Dr. med. AA.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, W.\_\_\_\_

klinisch-neurologisch und elektroneuromyographisch untersucht. Im Bericht vom Folgetag beurteilte Dr. AA.\_\_\_\_, bis auf einen im Seitenvergleich etwas weniger gut tastbaren Musculus

extensor

digitorum

brevis

pedis rechts fanden sich im klinischen Neurostatus keine von der Kooperation unabhängigen pathologischen Befunde. Die elektromyographischen Resultate seien bis auf eine mindestens zum Teil schmerzbedingte Aktivitätsminderung in den Nadel myographien aus dem rechten Musculus

extensor

digitorum

brevis und dem Musculus

flexor

digitorum

brevis

pedis unauffällig. Mit den ihm zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden könne er keine die Beschwerden befriedigend erklärende Nervenschädigung am rechten Unterschenkel respektive Fuss diagnostizieren (Urk. 11/69). 3.

### **E. 11**

Die Neurologin Dr. S.\_\_\_\_ führte am 21. Januar 2011 aus, auch bei der im Oktober 2010 in der Klinik W.\_\_\_\_ ohne somato -sensibel evozierte Potentiale durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung habe sich im Seitenvergleich eine Amplitudenminderung der motorischen Reizantwort des rechtsseitigen Nervus

peroneus bei Ableitung vom Musculus

extensor

digitorum

brevis gezeigt, wobei angesichts der drei Jahre zurückliegenden Nervenläsion nadel myographisch keine Denervationszeichen mehr nachweisbar gewesen seien. Die aktuelle Verlaufsuntersuchung (vgl. Urk. 11/70) der im Juni 2010 abgeleiteten Tibialis - SSEP habe hingegen als Korrelat für die anhaltende Sensibilitätsstörung unverändert einen pathologischen Befund rechts ergeben (Urk. 11/71). 3.

## E. 12

Dr. med. BB.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, Q.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer ab dem 19. Juli 2010 schmerztherapeutisch mitbetreute, erklärte im Bericht vom 8. Dezember 2011, das klinische Bild und die Anamnese sprächen für ein neuropathisches Schmerzsyndrom nach durchgemachte m CRPS I im Rahmen des Traumas und der anschließenden Behandlung. Im Verlauf sei punktuell eine geringgradige Verbesserung der Schmerzsymptomatik, aber kein durchschlagender Erfolg erreicht worden. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter starken Schmerzen und den Nebenwirkungen der Opioidtherapie, wobei bei vormals voller Gesundheit und sportlicher Betätigung davon ausgegangen werden müsse, dass die Beschwerden im Rahmen des Traumas und der anschließenden Behandlung aufgetreten seien (Urk. 11/72 S. 2 f.). 4.

### 4.1

Aus der dargelegten medizinischen Aktenlage erhellt, dass die am 26. September 2006 in der Klinik für Unfallchirurgie des A.\_\_\_\_

osteosynthetisch versorgte rechtsseitige OSG-Luxationsfraktur zeit- und regelrecht abheilte

(E. 3.1 hiervor). Bezüglich der

im Verlauf aufgetretenen Schmerzen am rechten Fuss wurde

die (Verdachts-)Diagnose eines CRPS I gestellt. Das CRPS ist eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, welche ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt, und wird in drei Stadien eingeteilt (I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie [irreversibel]). Das CRPS II (früher Kausalgie)

bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26. Auflage, Berlin 2012, S. 1875). Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (7. April beziehungsweise 30. Juni 2010) war das vormals diagnostizierte CRPS I längst abgeheilt.

Bereits Dr. F.\_\_\_\_ – welcher am 7. Mai 2007 von einer noch nicht ganz abgelaufenen Algodystrophie (Stadium I) ausgegangen war – erwähnte im Bericht vom 18. Dezember 2007 kein CRPS mehr und stellte die psychische Situation in den Vordergrund (E. 3.2 hiervor), worauf der Beschwerdeführer kurzzeitig eine entsprechende Behandlung in

Anspruch nahm (E. 3.3 hiervor).

Anlässlich der Exploration im L.\_\_\_\_

vom 30. März 2009 konnte schliesslich kein CRPS mehr nachgewiesen werden. Die Sachverständigen konnten keine organische Gesundheitsschädigung mehr feststellen und schlossen in somatischer Hinsicht auf eine Restitutio ad integrum

(E. 3.5 hiervor).

Unbestrittenermassen wurde im gesamten Verlauf nach dem Unfallereignis vom 20. September 2006 von keinem der involvierten Ärzte die Diagnose eines CRPS II – welche sich definitionsgemäss

durch eine Nervenläsion auszeichnet –

gestellt. Gestützt auf die von ihm durchgeführten Untersuchungen verneinte der Neurologe Dr. AA.\_\_\_\_ das Vorliegen einer Nervenschädigung ausdrücklich (E. 3.10 hiervor). Im Lichte der Eindeutigkeit der von den übrigen Ärzten gezogenen Schlussfolgerungen vermag die vom Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 4 f.) angerufene Einschätzung von

Dr. S.\_\_\_\_, welche sich als einzige Medizinalperson für

eine Nervenschädigung aussprach (E. 3.7 und E. 3.11 hiervor), nicht zu überzeugen. Der Neurologe Dr. V.\_\_\_\_

befand

denn auch, der von Dr. S.\_\_\_\_ erhobene Befund einer im Seitenvergleich verminderten Amplitude sei für sich alleine nicht geeignet, eine Nervenläsion zu belegen, und empfahl die hernach von Dr. AA.\_\_\_\_ ergänzend durchgeführte Nadelmyographie

(E. 3.9 hiervor).

Somit ergibt sich, dass trotz umfassender medizinischer Abklärungen kein organisch klar fassbares, unfallbedingtes Korrelat nachweisbar ist, welches die

über den vorliegend massgebenden Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden erklären würde. Insbesondere ist eine

Nervenschädigung entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers

(Urk. 1 S. 4 f.) nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (E. 1.2 hiervor) belegt.

An dieser Feststellung vermögen auch die beschwerdeweise ins Recht gelegten medizinischen Berichte (Urk. 3/3-5) nichts zu ändern, da sie ebenfalls keinen Nachweis für eine unfallbedingte Nervenläsion oder anderweitige organisch objektiv ausgewiesene Schädigung erbringen. Ein solcher wäre jedoch erforderlich. Denn aus dem Vorliegen von Schmerzen kann nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden. Da sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht, muss eben verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil des Bundesgerichts 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2). 4.2

Es ist nicht ersichtlich und wurde beschwerdeweise auch nicht näher dargelegt, inwiefern zur Beantwortung der unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen von weiteren medizinischen Abklärungen zusätzliche Erkenntnisse zu erwarten sind. Insbesondere ist mit Blick auf

die Aktenlage in Bezug auf die Objektivierbarkeit allfälliger Unfallfolgen von weiteren Beweismassnahmen einschliesslich der beschwerdeweise beantragten Begutachtung im D.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 2 und 6) kein neuer entscheidungswesentlicher

Aufschluss zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3)

davon abzusehen ist. 5. 5.1

Steht nach dem Dargelegten fest, dass keine

organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, welche die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus fortbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erklären vermag, ist eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen (E.

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