

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00094 vom 3. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00094

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00094 du 3 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00094 del 3 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, war seit 2001 als Papeterieverkäuferin bei der Y.____ tätig und über diese bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert, als sie sich am 1. August 2006 bei einem Fehltritt am linken Fuss verletzte (Urk. 9/1 Ziff. 1-6). Die Erstbehandlung erfolgte am 1. August 2006 und es wurde eine Stressfraktur Naviculare links diagnostiziert (Urk. 9/13).

Mit Verfügung vom 3. September 2011 sprach die SUVA der Versicherten eine Invalidenrente entsprechend einer Erwerbseinbusse von 28 %

mit Wirkung ab 1. September 2011 zu (Urk. 9/308). Dagegen erhob die Versicherte am 5. Oktober 2011 Einsprache (Urk. 9/313 = Urk. 3/7), der sie am 20. Dezember 2011 eine weitere Eingabe folgen liess (Urk. 9/318).

Mit Einspracheentscheid vom 22. März 2012 (Urk. 9/325 = Urk. 2) wies die SUVA die Einsprache ab.

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz

über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt 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. 1.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.3

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

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).

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. 1.5

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, gemäss medizinischer Beurteilung sei der Beschwerdeführerin eine - näher umsch riebene - wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar (S.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die von den Ärzten der Beschwerdegegnerin abgegebene

Beurteilung sei aus näher dargelegten Gründen (S. 3 ff. Ziff. 2 ff.) mangelhaft (S. 10 Ziff. 26). Sodann brachte sie am Z.____ - Gutachten (vgl. Urk. 9/275) Kritik an (S. 11 ff. Ziff. 6 ff.); es stelle keine abschliessende Grundlage für die Festle gung der Arbeitsfähigkeit dar , weshalb ihr „eine Invalidenrente auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit - wie von alle n Ärzten bestätigt - auszurichten“ sei (S. 17 Ziff. 21). Sodann verkenne die Beschwerdegegnerin, dass auch ein leichter Unfall die natürliche und adäquate Ursache einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sein könne (S.

18 Ziff. 26). Auch stehe ihr eine angemessene Integritätsentschädigung zu (S.

20 Ziff. 32). Schliesslich sei der angefochtene Entscheid nicht hinreichend begrün det, was grundsätzlich zu dessen Aufhebung führe (S. 22 Ziff. 5).

In ihrer Replik (Urk. 16) führte die Beschwerdeführerin die Kritik am Z.____ Gutachten fort; vereinzelt nahm sie auch auf das zusammen mit der Replik (Urk. 16) eingereichte, in ihrem Auftrag von Ärzten der A.____ am 2 8. Juni 2012 erstattete Gutachten (Urk. 17/1) Bezug.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob im massgebenden Zeitpunkt (1. September 2011) beklagte Beschwerden in rechtsgenüglichem Kausalzusammenhang mit dem am 1. August 2006 erlittenen Unfall stehen und wie es sich gegebenenfalls mit der Arbeitsfähigkeit und den einzelnen Leistungsansprüchen verhält. 3. 3.1

In der am 1 1. August 2006 erstatteten Unfallmeldung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe am 1. August 2006 auf der Trottoirkante einen Fehl tritt gemacht und sich dabei am Fuss verletzt (Urk. 9/1 Ziff. 4 und 6).

Die Erstbehandlung durch Dr. med. B.____ , Innere Medizin FMH , erfolgte am 1 1. August 2006 (Urk. 9/13 Ziff. 1), worüber dieser am 2 4. Oktober 2006 berichtete (Urk. 9/13). Zum Unfallhergang führte er aus, die Beschwerdeführerin sei während der Ferien in C.____ am 1. August 2006 über einen Trottoirrand gestolpert und habe sich den linken Fuss vertreten. Eine Abklärung mit Rönt genbild in einer lokalen Klinik am 3. August 2006 habe angeblich keine ossäre Läsion ergeben. Nach der Rückkehr in die Schweiz hätten weiter Schmerzen im Bereich des medialen Fussrandes in der Navicularregion bestanden (Ziff. 2). Dr. B.____

nannte als Diagnose eine Stressfraktur Naviculare linker Fuss (Ziff. 3; vgl. Skelettszintigraphie vom 8. September 2006, Urk. 9/12). Er attestierte Arbeitsunfähigkeiten von 50 % und 100 % vom 1. August bis 28. Oktober 2006 (Ziff. 8) und nannte als Datum für die volle Arbeitsaufnahme den 30. Oktober 2006 (Ziff. 9). Dies trug er auch im Unfallschein ein (Urk. 9/14).

In seinem Bericht vom 29. Januar 2007 (Urk. 9/16) führte Dr. B.____ aus, die Arbeit sei seit dem 30. Oktober 2006 zu 100 % wieder aufgenommen worden (Ziff. 4a). 3. 2

Die Ärzte des Zentrums für Fusschirurgie, D.____, berichteten am 9. April 2008 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 9/47). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - traumatisiertes Os tibialis

externum links - Status nach Fussdistorsion links am 1. August 2006

In der Beurteilung führten sie aus, klinisch und radiologisch leide die Beschwerdeführerin an einem traumatisierten Os tibialis

externum links nach einem Distorsionstrauma am linken Fuss am 1. August 2006. Die Differenzialdiagnose wäre eine Abrissfraktur des Os naviculare, was ihrer Meinung nach eher unwahrscheinlich sei. Sie empfahlen eine Operation (S. 2 oben).

Am 3. Oktober 2008 nahm Dr. med. E.____, D.____, die Operation (Ausschälen Os tibiale externum und transossäre Re-Insertion Tibialis - posterior -Sehne links) vor (Urk. 9/65 = Urk. 9/98).

Der postoperative Verlauf wurde - im Januar 2009 - als zufriedenstellend bezeichnet (Urk. 9/92

unten), am 4. Februar 2009 dann als sicher protrahiert (Urk. 9/97 = Urk. 9/104). 3.3

Vom 24. August bis 30. September 2009 weilte die Beschwerdeführerin in der F.____, worüber mit Austrittsbericht vom 13. Oktober 2009 (Urk. 9/169) berichtet wurde. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): A. Unfall vom 1. August 2006: Fussdistorsion links Abrissfraktur Os naviculare links - 8. September 2006 Skelettszintigraphie: Stressfraktur am medialen Rand des Os naviculare links mit hier stark vermehrtem Knochenbau - 3. Oktober 2008: Ausschälen Os tibialis

externum und transossäre

Reinsertion

tibialis

posterior -Sehne links - 6. Mai 2009 MRI Rückfuss links: leichtgradige, postoperative, narbige Weichteilveränderung und Ausdünnung der Tibialis

posterior Sehne im Ansatzbereich am Naviculare. Kein Nachweis einer ossären Veränderung. Bursitis subachillea mit Tendinopathie der distalen Achillessehne B. bekannte Migräne mit Aura C. Spannungskopfschmerzen D. Adipositas

Zu Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit wurde ausgeführt, infolge mässiger Symptomausweitung seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der Zumutbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen

Einschränkungen lasse sich mit objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (S. 2 oben).

Zusammenfassend führten die Berichterstattenden aus, das Beschwerdebild könne insgesamt mit den Befunden und Diagnosen nur ungenügend erklärt werden. Klinisch hätten sich keine Entzündungszeichen am linken Fuss gezeigt. Die Schmerzen sähen sie im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndromes. Klinische Zeichen eines complex regional pain

syndrome (CRPS) seien zu keiner Zeit nachweisbar gewesen (S. 3 unten).

Eine mittelschwere wechselbelastende Arbeit

wurde

als ganztags zumutbar eingestuft (S. 2 Mitte). 3. 4

Am 27. Januar 2010 berichtete Kreisarzt PD Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 9/178). Bei den aktuellen Beschwerden nannte er vorab die Fusschmerzen und führte unter anderem aus, gemäss ihren Angaben sei die Beschwerdeführerin seit kurzem wegen Hals- und Nackenbeschwerden in physiotherapeutischer Behandlung und empfinde hierbei einen Zusammenhang mit der Fussproblematik (S. 4 Ziff. 3.1).

In seiner Beurteilung führte er aus, die Patientin habe sich am 1. August 2006 eine Distorsion des linken Fusses zugezogen. Es sei davon auszugehen, dass sich hierbei eine Traumatisierung eines Os tibiale

externum ergeben habe. Hinweise für eine Abrisfraktur ergäben sich nicht; die Verwendung dieser Diagnose sollte unterlassen werden. Aktuell bestehe nach Exzision des akzessorischen Fussknochens eine weiterhin persistierende Tendinitis der Tibialis - posterior - Sehne. Versicherungsmedizinisch sei eine Verschlechterung eines pathologischen Vorzustandes mit Os tibiale

externum und pathologischer Fussstatik festzustellen, die mittlerweile spätestens durch den operativen Eingriff eine Richtungsgebung erfahren habe (S. 6 oben).

An der Zumutbarkeit, wie sie in F.____ definiert worden sei, sei festzuhalten. Ergänzend sei jedoch der Patientin ein Stehen und Gehen für nicht länger als 3 Stunden zuzumuten (S. 6 Mitte). 3.5

Die Ärzte des Schmerz zentrums H.____ führten in ihrem Bericht zur Erst konsultation vom 4. Mai 2010 (Urk. 9/228) folgende Diagnose an (S. 1 oben): - Zustand nach Exzision Os tibiale

externum und Re-Insertion Tibialis

posterior Sehne vom 3. Oktober 2008 - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom an der Medialseite des linken Fusses

Bei der Folgekonsultation am 10. Mai 2010 berichtete die Beschwerdeführerin, dass sie das verordnete Medikament Lyrica

wegen extrem starken Nebenwirkungen abgesetzt habe (S. 2 oben).

Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 3.1) wandte sich am 8. Juni 2010 an Dr. med. I.____ ,
Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und bat sie um Mitbehandlung der
Beschwerdeführerin, die hauptsächlich an einem Fusschmerz rechts (richtig: links) leide,
dies ohne klares Korrelat und seit einer Fussdistorsion am 1. August 2006. Seit längerem
sei klar, dass auch eine Verarbeitungsstörung bestehe und er habe bereits im Herbst 2009
zu einer begleitenden psychiatrischen Behandlung geraten (Urk. 9/218).

Dr. med. J.____ , Psychiatrie und Psychotherapie, ersuchte die Beschwerdeführerin mit
Schreiben vom 22. Oktober 2010 um Kostengutsprache (Urk. 9/241).

Im Bericht vom 30. November 2010 über die am Vortag erfolgte kreisärztliche
Untersuchung (Urk. 9/244)

wurde ausgeführt, seit der Untersuchung im Januar 2010 habe sich anamnestisch und auch
klinisch eine Befundverschlechterung eingestellt. Die Symptomatik sei unklar (S. 7 Ziff.
5.1).

PD Dr. K.____ , Neurologie, führte in seinem Bericht vom 30. November 2010 (Urk. 9/289
Beilage 3) aus, die Beschwerdeführerin habe ihn aus eigenem Antrieb aufgesucht. Es
bestehe ein Zustand nach einer Distorsion des linken Fusses am 1. April 2006.
Anscheinend habe sich ein CRPS entwickelt, die Ansichten hierüber seien aber kontrovers
(S. 1 Mitte). Er führte aus, der jetzige Schmerzcharakter kombiniert mit der bestehenden
Sensibilitätsstörung sei aus neurologischer Sicht als Allodynie oder Kausalgie zu
bezeichnen. Solche Entwicklungen kämen meistens nach Nervenverletzungen vor, hier
müsste es sich um eine Verletzung von Endästen des N. saphenus handeln (S. 2 oben).

Dr. J.____ führte in seinem Bericht vom 6. April 2011 (Urk. 9/272) unter anderem aus, die
klinischen Befunde wiesen auf eine deutliche Angstentwicklung mit depressiver
Überlagerung hin. Die psychiatrische Pathogenese sei über eine reaktive Entwicklung und
Maladaptation angesichts von Schmerz und Behandlungsresistenz erfolgt (S. 5 unten). 3. 6

Am 29. März 2011 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der
Invalidenversicherung (Urk. 9/275/2). Darin nannten sie folgende Diagnosen mit Einfluss
auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 5.1): - chronische medial betonte Rückfusschmerzen
links, phänomenologisch als „neuropathisch“ zu bezeichnen - Status nach Ausschälen einer
Os tibiale

externum und transossärer

Reinsertion der Tibialis

posterior -Sehne am 3. Oktober 2008 - Status nach Distorsion des Rückfusses am 1. August
2006 mit Traumatisierung eines Os tibiale

externum - zumindest teilweise organisch nicht erklärbare Schmerzausweitung.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 29 Ziff. 5.2): -
Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - Adipositas mit Body Mass Index 40.5 kg/m²

Anamnestisch hielten die Gutachter unter anderem eine Gewichtszunahme um etwa 45 kg
(mithin von 74 auf aktuell 119 kg) innerhalb der letzten 4 ½ Jahre (mithin seit August 2006)
fest (S. 12 Ziff. 3.2.3).

Weiter führten die Gutachter aus, aus orthopädisch-neurologischer Sicht bestehe für
Tätigkeiten, die vor allem im Sitzen durchgeführt werden könnten, mit der Möglichkeit für

zwischenzeitliche Positionswechsel, eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit mit um 20 % vermindertem Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 % . Aus psychiatrischer und inter nistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S.

31 Ziff. 6.4).

Die Explorandin erachte sich selbst aus rein somatischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit. Die deutliche Diskrepanz zur gutachter lichen Beurteilung ergebe sich vor allem dadurch, dass die Explorandin wohl davon ausgehe, sich körperlich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer Arbeitstätigkeit nachge hen zu können. Bei Schmerzverarbeitungsstörungen bestünden immer deutlich höhere Selbstlimitierungen als es sich aus medizinischer Sicht begründen lasse (S. 31 Ziff. 6.6). Zu berücksichtigen sei ferner, dass die Explorandin nach der Operation vom Oktober 2008 ab

Februar 2009 wieder zu 50 % in die - nicht optimal angepasste - angestammte

Tätigkeit zurückgekehrt sei; es wäre aus heutiger Sicht nicht zu erklären, weshalb sie mittlerweile für jegliche Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sein sollte (S. 31 unten).

Mit einiger Wahrscheinlichkeit spielten bei der Selbsteinschätzung der Exploran din auch der Umstand einer mittlerweile doch schon länger dauernden Absenz vom Erwerbsleben bei gleichzeitiger Ausrichtung von Versicherungs leistungen

und derjenige einer langjährigen Tätigkeit in einem Bereich, wo eine Weiterbeschäftigung nun kaum mehr möglich sein dürfte, ein e nicht unw esentli che Rolle (S. 32 oben). 3.

E. 7

Ebenfalls am 2 9. März 2011 beantworteten die Gutachter die ihnen von der Beschwerdegegnerin unterbreiteten Zusatzfragen (Urk. 9/275/1).

Sie führten aus, als aktuelle Hauptdiagnose lägen derzeit chronische medial betonte Rückfusschmerzen links vor, die phänomenologisch als „neuropa thisch“ zu bezeichnen seien. Am Anfang der Problematik habe eine Distorsion des linken Rückfusses am 1. August 2006 gestanden, bei der sich die Exploran din ein als anatomische Variante (beidseits) vorliegendes Os tibiale

externum traumatisiert habe. Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, dass nach einer reinen Distorsion nach etwa drei Monaten wieder ein Status quo ante ein trete, wenngleich die Persistenz von gewissen Restbeschwerden natürlich mög lich sei. Dies scheine auf den ersten Blick auch vorliegend der Fall

zu sein, indem der Explorandin ab Ende Oktober 2006 wieder die vollzeitliche Rückkehr an ihren Arbeitsplatz gelungen sei (S. 1 Ziff. 1). Dort habe sie fast ausschliess lich im Stehen und Gehen gearbeitet und somit dürfe davon ausgegangen wer den, dass auch eine weitgehende Belastungsfähigkeit des linken Fusses vorgele gen habe. Im Februar 2007 habe sie eine neue Stelle angetreten, wo die körper liche Belastung eher noch höher gewesen sei. Gemäss den vorliegenden Unter lagen habe dort eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen, bis im Zusammenhang mit dem Eingriff vom 3. Oktober 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (S. 2 oben).

Obwohl die aktuell von der Explorandin angegebenen Beschwerden ätiologisch nicht ganz eindeutig zugeordnet werden könnten und auch eine nicht unwesentliche nichtorganische Komponente enthalten dürften, müsse dennoch davon ausgegangen werden, dass sie einen gewissen organischen Kern enthielten. Da es postoperativ offenbar zu einer Schmerzverstärkung gekommen sei, scheine hier der am 3. Oktober 2008 durchgeführte Eingriff zumindest teilweise eine Rolle zu spielen. Als Indikation für den Eingriff kämen einerseits die Folgen des Unfalls vom 1. August 2006 in Frage, andererseits aber auch ein krankheitsbedingtes Leiden aufgrund des Os tibiale

externum als möglichem locus

minoris

resistentiae im Kontext mit der massiven Adipositas, wofür die übermässig lange Beschwerdepersistenz trotz fehlender wesentlicher Strukturalterationen spreche. Wenn man davon ausgehe, dass die Operation eher aufgrund einer krankheitsbedingten Pathologie erfolgt sei, könne auch ein nur möglicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall diskutiert werden. Dem stehe aber gegenüber, dass - wie die Übernahme der Behandlungskosten zeige - die Fussbeschwerden von der Beschwerdegegnerin auch als unfallkausal anerkannt worden seien; entsprechend dürfte somit die Hypothese einer möglicherweise krankheitsbedingten Ursache als Indikation für den Eingriff vom 3. Oktober 2008 hinfällig werden (S. 2 Mitte).

Zusammenfassend sei somit festzuhalten, dass die von der Explorandin angegebenen Beschwerden am linken Rückfuss - zumindest, soweit sie sich organisch begründen liessen - und die dadurch entstehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit überwiegen und wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 1. August 2006 und der als Folge dessen durchgeführten Operation vom 3. Oktober 2008 stünden (S. 2).

Es bestehe für sämtliche Begutachter übereinstimmend der Eindruck, dass bei den Beschwerden der Explorandin auch nichtorganische Faktoren eine nicht unwesentliche Rolle spielten. Dabei könne aber keine eigenständige psychiatrische Erkrankung festgestellt werden, so dass die Gutachter lediglich die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung gestellt hätten (S. 2 Ziff. 2). In Anbetracht dessen, dass seit dem 3. Oktober 2008 ein postoperativer Zustand vorliege, der naturgemäss immer eine mögliche Ursache für gewisse Restbeschwerden darstelle, gingen die Gutachter aber davon aus, dass bei den von der Explorandin angegebenen Schmerzen auch ein organischer Kern vorliege; wie schon die früheren Behandler könnten aber auch sie nicht ganz exakt eingrenzbar Strukturen benennen, welche die von der Explorandin angegebenen Beschwerden begründen würden (S. 2 f.). 3.

E. 8

Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, berichtete am 15. Juli 2011 (Urk. 9/298), die Patientin leide seit dem Distorsionstrauma des linken oberen Sprunggelenks (OSG) am 1. August 2006 an chronischen, teilweise invalidisierenden Schmerzen. In der Folge sei es zu einer Gewichtszunahme von gut 30 kg mit somit zusätzlicher Belastung des Fusses und der übrigen Gelenke gekommen. Aktuell leide die Patientin zusätzlich unter chronischen Knieschmerzen links sowie chronischen lumbalen Rückenschmerzen. Der Gebrauch von Gehstöcken führe zusätzlich zu Schmerzen im Bereich der Handgelenke. Zusätzlich zeige die Patientin das klinische Bild einer Gastritis und Refluxbeschwerden aufgrund der chronischen Schmerzmittelinnahme.

In seinem Überweisungsschreiben vom 19. Juli 2011 (Urk. 9/310/3) nannte Dr. L.____ folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des OSG links - Status nach Fussdistorsion am 1. August 2006 - 8. September 2006 szintigrafisch Diagnose einer Stressfraktur des Os naviculare, Entlastung an Krücken - Beurteilung Dr. M.____ Leitender Arzt Unfallchirurgie N.____

Juni 2007: Restbeschwerden Os naviculare links nach Fussdistorsion links mit Abrissfraktur Os naviculare links, Verdickung der Sehne Musculus

tibialis

posterior, therapeutisch medial abstützendes Füsseinlagen - 9. April 2008 Beurteilung D.____ : traumatisiertes Os tibialis

externum links nach Fussdistorsion links 1. August 2006 - 3. Oktober 2008 ausschälen Os tibiale

externum und transossäre

Reinsektion

tibialis

posterior Sehne links - Entwicklung einer Angststörung mit depressiver Komponente - Adipositas - chronische Lumbago - klinisch Ansatzendinopathie

musculus

biceps

femoris Knie links lateral und Tendovaginitis De Quervain links - Migräne

Vom 25. November bis 8. Dezember 2011 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Rheumaklinik des N.____, worüber am 9. Dezember 2011 berichtet wurde (Urk. 9/318/1-3 = Urk. 3/9). Es wurden folgende Hauptdiagnosen genannt (S. 1): - subakute Cervicobrachialgie rechts - chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren - Status nach Fussdistorsion mit Abrissfraktur des Os naviculare (2006)

Es wurde berichtet, die Patientin habe sich, ohne die physiotherapeutische Behandlung abzuschliessen, und in wenig gebessertem Zustand, für einen vorzeitigen Austritt am 8. Dezember 2011 entschieden (S. 2 unten). 3.

E. 9

Am 22. Dezember 2011 berichteten die Ärzte der Fussprechstunde der O.____ über ihre Untersuchung vom 15. Dezember 2011 (Urk. 9/320). Sie nannten weitgehend die gleichen Diagnosen wie Dr. L.____ im Juli 2011 (vorstehend E. 3. 8) und führten aus, auch nach Rücksprache mit den Radiologen im Hause könne keine auffällige Pathologie (Ruptur der Tibialis - posterior - Sehne), auffällige Arthrose oder weitere Bandläsion nachgewiesen werden. Aktuell könnten sie der Patientin aus orthopädischer Sicht keine Verbesserung der aktuellen, sehr diffusen

ubiquitären Beschwerden vorschlagen (S. 2 Mitte). 3.10

Am

15. März 2012 erstatten Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und PD Dr. med. G.____, Facharzt Orthopädische

Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, eine ärztliche Beurteilung (Urk. 9/324 = Urk. 3/4).

Sie hielten den Verlauf nach Lage der Akten fest (S. 2 ff.), zu welchem sie ausgehend von der am 1. August 2006 erlittenen Distorsion des linken Fusses und der am 3. Oktober 2008 erfolgten Operation - ausführten, während der primär postoperativen Entlastung habe ein zunächst unauffälliger schmerzloser Verlauf mit im weiteren erheblicher Schmerzzunahme unter Belastung bestanden. Weder durch den Fusspezialisten Dr. E.____, noch kreisärztlich, noch im Rahmen eines stationären Aufenthalts in der F.____, noch im Rahmen des Z.____-Gutachtens, noch durch die Fusspezialisten der O.____ habe eine nachvollziehbare Erklärung für das Ausmass der beklagten Beschwerden gefunden werden können (S. 8 unten).

Durch den Neurologen PD Dr. K.____ sei der Zustand als „Allodynie oder Kausalgie“ bezeichnet worden; die am N.____ behandelnde Ärztin habe im Juni 2006 die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt, die Kriterien für eine CRPS aber für nicht erfüllt erachtet (S. 8 f.).

Den Bericht von PD Dr. K.____ (vorstehend E. 3.5) betreffend wiesen sie darauf hin, dass die von ihm zitierten Befunde vollständig von den Angaben der untersuchten Person abhängig seien und keine objektivierbaren und reproduzierbaren neurologischen Ausfälle beschrieben worden seien. Berichte bezüglich der umfangreichen Voruntersuchungen und Vorbehandlungen hätten ihm offenbar nicht vorgelegen. Die Angabe einer „Allodynie“ stelle keine Diagnose dar, sondern sei im Sinne eines Untersuchungsbefundes, basierend auf den Angaben der untersuchten Person, zu verstehen. Für die früher in der Neurologie übliche Diagnose einer „Kausalgie“ sei es als notwendige Bedingung erforderlich, dass ein zugrunde liegender (struktureller) Nervenschaden nachgewiesen sei; dies sei in der Untersuchung durch PD Dr. K.____ nicht erfolgt (S. 12 Mitte).

In ihrer Beurteilung wiesen die Ärzte darauf hin, dass ein mögliches neuropathisches Schmerzsyndrom bei der Versicherten erst mehrere Jahre nach dem Unfall und der Operation diskutiert worden sei. Echtzeitlich zum August 2006 seien weder ein peripher-neurologischer Schaden noch eine Schilderung eines neuropathisch anmutenden Schmerzsyndroms dokumentiert. Neurologisch beurteilt seien weder das Beschwerdebild der Versicherten im Bereich des linken Fusses noch die an anderen Körperstellen lokalisierten Beschwerden mit organischen oder strukturellen Folgen des Unfalls vom 1. August 2006 oder der nachfolgenden Operation im Bereich des linken Fusses begründbar. Es liege eine Zunahme der lokalen Beschwerden im Bereich des linken Fusses mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall und zur Operation vor; gleichzeitig liege eine Ausbreitung von Schmerzen und Beschwerden über die linke Fussregion hinaus vor (S. 15 Mitte).

Es müsste aus neurologischer Sicht überprüft werden, ob die Neigung der Versicherten zu Beinvenenthrombosen beziehungsweise Thrombophlebitiden als überwiegende Ursache oder wesentliche Ursache der Beschwerden im

linken Unterschenkel in Frage komme (S. 15).

Die seit November 2011 beklagten Nacken- und Schulterbeschwerden seien aufgrund der orthopädisch-chirurgischen und neurologischen Beurteilung nicht mit der mindestens erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen vom 1. August 2006

zurückzuführen. Eine komplette Schmerzfreiheit und volle Funktionsfähigkeit nach Entfernung eines traumatisierten Os tibiale

externum und Refixation der Tibialis

posterior -Sehne könne nicht immer erreicht werden; gleichwohl könnten die vorliegenden Befunde und die Bildgebung das Ausmass der von der Versicherten im Bereich der linken unteren Extremität beklagten Beschwerden nicht erklären (S. 15 unten).

Rein unfallabhängig und somatisch begründet sei der Patientin eine ganztägige Tätigkeit, wechselbelastend mit frei wählbarer Stellung, und das Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg zuzumuten. Zu vermeiden sei das Gehen über Strecken von mehr als 200 m und auf unebenem Gelände. Nicht zumutbar seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten (S. 16 oben).

Ein Integritätsschaden in entschädigungspflichtigem Ausmass sei - aus näher dargelegten Gründen - orthopädisch chirurgisch und neurologisch nicht festzu stellen (S. 16). 3.11

3.11 .1

Am 28. Juni 2012 erstatteten Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie FMH, Hauptgutachter, Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, A.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 17/1).

Sie stützt sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), wobei das letzte referierte Aktenstück vom 11. Juli 2011 datierte (S. 25 f. Ziff. 1.104), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 27 f., S. 37 f., S. 48 f.) und die von ihnen erhobenen Befunde.

Ein Untersuchungsdatum findet sich nicht, oder jedenfalls nicht an einer der üblichen Stellen im Gutachten. Aus dem Datum der zusätzlichen Bildgebung (vgl. S. 31 Ziff. 7A.6) ist zu schliessen, dass die Untersuchungen frühestens im November 2011 und spätestens im Juni 2012 erfolgten. 3.11 .2

Im neurologischen Teilgutachten wurde zu den Befunden ausgeführt, es finde sich eine Hypästhesie im Bereich des ganzen Fusses und eine Allodynie / Hyperpathie im Bereich des distalen medialen Unterschenkels und um den Malleolus herum. Motorische Defizite fänden sich keine, auch sei der übrige neurologische Status unauffällig. Es fänden sich klinisch wie auch elektrodiagnostisch keine Hinweise auf ein zusätzliches radikuläres Problem oder auf eine andere Neuropathie. Hauptbefund seien die Schmerzen neurogener Natur mit Hyperpathie / Allodynie (S. 31 Ziff. 7A.7).

Aus neurologischer Sicht bestehe ein chronisch neurogenes Schmerzsyndrom, welches sich posttraumatisch entwickelt habe. Anamnestisch und anhand der vorliegenden Akten lasse sich nicht genau sagen, inwiefern die neurogenen Schmerzen erst nach der Operation aufgetreten seien. Es gebe gewisse Hinweise darauf; so sei anfänglich lediglich ein Belastungsschmerz beschrieben worden (S. 32 Ziff. 7A.8). PD Dr. K.____ sei zum Schluss gekommen, dass es sich um neurogene Schmerzen handle. Der neurologische Z.____-Teilgutachter habe die Schmerzen als deskriptiv „neuropathisch“ bezeichnet, sehe eine eigentliche neurogene Läsion nicht als wahrscheinlich, weise auf die kontinuierliche Schmerzzunahme während 7 ½ Jahren hin und vermute eine Schmerzverarbeitungsstörung. Dies könne aber die erstgenannte Diagnose (neurogene Schmerzen) nicht entkräften; gerade die kontinuierliche Zunahme zeige, dass hier eine Chronifizierung stattgefunden

habe, welche auch zentral fixiert werde (S. 32 unten). Aus neurologischer Sicht betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - im Z.____ -Gutachten mit 20 % beziffert - mindestens 50 % (S. 33 Mitte).

Die fachspezifischen Diagnosen im neurologischen Teilgutachten lauteten (S. 34 Ziff. 7A.9): - neurogene Schmerzen im Fussbereich links - Saphenusläsion posttraumatisch oder postoperativ bei Zustand nach Sprunggelenksdistorsion am 1. August 2006 mit Stressfraktur Os naviculare linker Fuss - bei Zustand nach Ausschälung Os tibiale externum und transossäre

Reinsertation

Tibialis

posterior Sehne 3.11 .3

Im orthopädischen Teilgutachten wurde zu den erhobenen Befunden unter anderem ausgeführt, die Explorandin sei unfähig zu stehen, deshalb habe sie im Sitzen untersucht werden müssen (S. 42 Ziff. 7B.7). Das obere und das untere linke Sprunggelenk seien in der Bewegung eingeschränkt. Die Prüfung von Pro- und Supination sei stark schmerzhaft und könne eigentlich nicht richtig durchgeführt werden. Die Narbe am linken medialen Fuss sei unauffällig und blei stiftdünn. Es finde sich ein deutlich vermehrtes profuses Schwitzen des linken Fusses gegenüber rechts. Die Lasègue -Prüfung links löse Schmerzen im ganzen linken Fuss aus. Radiologisch fänden sich zum jetzigen Zeitpunkt keine Auffälligkeiten des linken Fusses (S. 42).

In der Beurteilung wurde ausgeführt, gut 6 Jahre nach dem initialen Trauma habe sich eine chronische Situation etabliert (S. 42 Ziff. 7B.8). Zum jetzigen Zeitpunkt bestünden invalidisierende und immobilisierende Schmerzen im linken OSG-Bereich, wodurch die Beschwerdeführerin auf Gehstöcke beziehungsweise zum Teil auch auf einen Rollstuhl angewiesen sei, um mobil zu bleiben (S. 42 f.). Für die Beschwerden im linken Fuss finde sich aus orthopädischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt kein bildgebendes Korrelat, insbesondere sei in der am 5. Dezember 2011 durchgeführten MRI-Untersuchung keine Pathologie im linken Fuss ersichtlich. An eine Arbeitsfähigkeit in irgendwelcher Tätigkeit sei in der jetzigen Situation nicht zu denken (S. 43). Als fachspezifische Diagnosen wurden genannt (S. 43 Ziff. 7B.9): - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG / Fusses - Cervicalsyndrom rechtsbetont mit ausgeprägtem Schulter-/Armsyndrom rechts - Adipositas 3.11 .4

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde eine sonstige anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8) diagnostiziert (S. 56 Ziff. 7C.8). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aufgrund des verminderten Antriebs, der verminderten Belastungsfähigkeit und der verlängerten Erholungszeit sowie aufgrund der chronifizierten depressiven Symptomatik wäre allenfalls eine Heimarbeit möglich, allenfalls eine Assistenz Tätigkeit als Kioskverkäuferin ohne spezielle Verantwortung, jedoch maximal zu 50 % (S. 55 unten). 3.11 .5

In der „interdisziplinären integrativen Beurteilung“ wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 57 Ziff. 8.1) : - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG / Fusses bei Status nach OSG-Distorsion am 1. August 2006 - mit neurogenen und orthopädisch bedingten Schmerzen - bei Saphenusläsion posttraumatisch oder postoperativ bei Zustand nach Sprunggelenksdistorsion - szintigraphisch Nachweis einer Stressfraktur des Os

naviculare - nachträgliche Diagnose einer Abrissfraktur des Os naviculare links und Verdickung der Sehnen des M. tibialis

posterior - nachträgliche Diagnose eines traumatisierten Os tibiale

externum links - Status nach Ausschälung des Os tibialis

externum und transossärer

Reinsertion der Tibialis

posterior Sehne links 3. Oktober 2008 - sonstige Anhalte für affektive Störung (ICD-10 F34.8) - bei anhaltender Belastung durch Schmerzsyndrom - Zervikalsyndrom rechtsbetont mit ausgeprägtem Schulter-/Armsyndrom rechts - Adipositas - Migräne - Beschwerden unspezifischer Art mit Lumbalgien, Hüftschmerzen und belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenksbereich beidseits mit verursacht durch Gehen an Stöcken und Schmerzschonhaltung

In Zusammenfassung der Teilgutachten (S. 57 f. Ziff. 8.2) wurde unter anderem ausgeführt, anhand der detaillierten neurologischen Untersuchung und der elektrodiagnostischen Untersuchung seien die Schmerzen im Bereich der Füße vorwiegend neurogen. Es könne die bereits früher gestellte Diagnose von neurogenen Schmerzen, verursacht durch eine Läsion des N. saphenus, bestätigt werden. Die dagegen im Z. ___ -Gutachten vorgebrachten Einwände würden nicht genügen, um diese Diagnose umzustossen. Insbesondere könne auch hier gezeigt werden, dass keine andere Ursache für diese neurogenen Schmerzen in Frage komme (S. 57 unten). 3.11.06

In der „Integrativen Beurteilung“ (S. 58 ff. Ziff. 8.3) wurde ausgeführt, es sei am 1. August 2006 in den Ferien in C. ___ zu einem Stolpern an einer Trottoirkante und in der Folge zu einer Fussdistorsion links gekommen. Vorerst sei man davon ausgegangen, dass es sich um eine einfache Fussdistorsion handle. Auf der Heimreise in die Schweiz und auch im Verlauf habe die Patientin sehr starke Schmerzen gehabt (S. 58). In einer Skelettszintigraphie habe sich eine Stressfraktur im Os naviculare ergeben. Es hätten auch später gegen Ende des Jahres sehr starke Schmerzen im Stehen und Gehen persistiert, was eine volle Arbeitsfähigkeit nicht möglich gemacht habe (S. 59 oben). Nach Schilderung des weiteren Verlaufs (S. 59 f.) wurde ausgeführt, insgesamt könne gesagt werden, dass auch nach der Operation vom 3. Oktober 2008 die Schmerzen grundsätzlich nicht gebessert hätten und dass die Patientin nach Verlust der Arbeitsstelle auf Ende Juli 2009

eine Chronifizierungsphase mit langsamer Verschlechterung durchlaufen habe. Die Schmerzen hätten sich in letzter Zeit auf tiefem Niveau stabilisiert (S. 60 Mitte).

Sodann führten die Gutachter aus, auch sie kämen zur Überzeugung, dass sich in einem langen, ungünstig sich entwickelndem Krankheitsverlauf „ein chronisches Schmerzsyndrom mit lokalen orthopädisch bedingten und zusätzlich aber relevanten neurogenen Schmerzen“ entwickelt habe. Gleichzeitig sei es bei der Patientin zu einer affektiven Störung gekommen; diese sei durchaus als Reaktion auf diesen für die Patientin sehr ungünstigen Verlauf mit Verlust der Arbeitstätigkeit und mit massiven Reduktionen der sozialen Kontakte zurückzuführen (S. 60 unten).

Anhand der heutigen Befunde seien sowohl aus orthopädischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht deutliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der Patientin gegeben. Letztlich sei „die Arbeitsfähigkeit der Patientin wahrscheinlich in sitzender Position mit

entsprechenden flankierenden Massnahmen auf etwa 30 % bei der Notwendigkeit des Führens eines eigenen Haushalts zu veranschlagen. Im Hinblick auf die Fraktionierbarkeit der Hausarbeit in einem 1 Personenhaushalt kann hier eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden.“ (S. 61 oben).

Unter Hinweis auf das orthopädische Teilgutachten wurde ausgeführt, es könne ein Integritätsschaden von 30 % festgestellt werden (S. 63 Ziff. 8.6). Im orthopädischen Teilgutachten (S. 35-43) finden sich keine Ausführungen betreffend Integritätsschaden. Im Teil „Fragenbeantwortung durch den Orthopäden“ (S. 66 ff.) wurde dazu ausgeführt, das bestehende Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG/Fusses sei einem Listenfall gemäss Tabelle 2 der SUVA-Tabellen gleichzusetzen, „als Listenfall einer Funktionsbehinderung in den unteren Sprunggelenken, hier sehe ich das Maximum von 30 % IE als durchaus gerechtfertigt an“ (S. 68 Ziff. 7.1). 3.1 2

Im Rahmen der persönlichen Befragung anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 21. September 2012 (Prot. S. 2 ff.) bestätigte die Beschwerdeführerin unter anderem, dass sie ab 30. Oktober 2006 wieder zu 100 % arbeitsfähig war (Prot. S. 2). Auf Nachfrage ihrer Rechtsvertreterin führte sie unter anderem aus, sie habe nach der Operation, von März 2009 bis zur Kündigung Mitte 2009 im Umfang von 50 % gearbeitet. Es sei eine schwere körperliche Arbeit und eine sehr grosse Belastung gewesen; es seien vor allem grosse Gewichte zu tragen gewesen (Prot. S. 3). 4. 4.1

In einem ersten Schritt ist auf das von der Beschwerdeführerin veranlasste A.____-Gutachten (vorstehend E. 3.11) einzugehen. 4.2

Aus neurologischer Sicht wurde im A.____-Gutachten unter anderem eine posttraumatische oder postoperative Saphenusläsion diagnostiziert (E. 3.11.2) und zusammenfassend ausgeführt, die Schmerzen „im Bereich der Füsse“ (Plural) seien vorwiegend neurogen. Es könne „die bereits früher gestellte Diagnose von neurogenen Schmerzen, verursacht durch eine Läsion des N. saphenus, bestätigt“ werden. Es könne auch hier gezeigt werden, dass keine andere Ursache für diese neurogenen Schmerzen in Frage komme (E. 3.11.5).

Eine - wie vom neurologischen Teilgutachter angeführt - bereits früher gestellte Diagnose von neurogenen, durch eine Saphenusläsion verursachten

Schmerzen gibt es in den im A.____-Gutachten aufgeführten Akten nicht. Die einzige Erwähnung einer Saphenusläsion findet sich im Bericht von PD Dr. K.____ vom November 2010 (vorstehend E. 3.5), der ausführte, der jetzige Schmerzcharakter mit der bestehenden Sensibilitätsstörung sei als Allodynie oder Kausalgie zu bezeichnen; derartige „Entwicklungen kommen meistens nach Nervenverletzungen vor. Hier müsste es sich um eine Verletzung von Endästen des N. saphenus handeln.“ Abgesehen davon, dass PD Dr. K.____ nicht über Vorakten verfügte, er keine objektivierbaren und reproduzierbaren neurologischen Ausfälle berichtete, und keine apparative Zusatzdiagnostik vornahm (vorstehend E. 3.10), fällt entscheidend ins Gewicht, dass PD

Dr. K.____ keineswegs die vom A.____-Gutachter genannte Diagnose stellte. PD Dr. K.____ hat keine Diagnose gestellt, schon gar nicht diejenige einer Saphenusläsion, sondern die Begriffe „Allodynie“ und „Kausalgie“ angeführt, verbunden mit allgemeinen Erörterungen über deren mögliche Ursache

und einer im hypothetischen Konjunktiv gehaltenen Erwähnung des Saphenusnervs.

Wer nicht wie vorliegend über die gesamten Akten verfügt und diese konsultiert, wird durch die vom A.____ -Gutachter gewählte Formulierung (dem - fachliche Kompetenz vorausgesetzt - die eben dargelegte Unrichtigkeit seiner Aussage bewusst sein musste) regelrecht in die Irre geführt. Soweit neurologische Aspekte betroffen sind, ist das auf dieser Prämisse aufbauende A.____ -Gutachten nicht verwertbar. 4.3

Der orthopädische Teilgutachter berichtete einleitend, die Beschwerdeführerin habe im Sitzen untersucht werden müssen, da sie unfähig sei, zu stehen (vorstehend 3.11.3). Weitere Ausführungen machte er dazu nicht, was als erheblicher Mangel erscheint, ist doch eine solche Situation (orthopädische Untersuchung im Sitzen) ausweislich der dem urteilenden Gericht in seiner Tätigkeit bisher zur Kenntnis gelangten Gutachten ausgesprochen singulär und bemerkenswert. Dass ein Gutachter solches unkommentiert lässt, ist nicht nachvollziehbar. Es erscheint auch einigermaßen überraschend, dass die Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt gar nicht zum Stehen in der Lage gewesen sein soll. Anlässlich der von ihr gewünschten Instruktionsverhandlung im September 2012 - mithin je nach Untersuchungszeitpunkt (vorstehend E. 3.11.1) 3 bis 10

Monate später - war die Beschwerdeführerin jedenfalls zum Gehen wie zum Stehen durchaus in der Lage.

Unkommentiert liess der orthopädische Teilgutachter auch das auffallende Ausmass der erhobenen Beschwerden, bei denen insbesondere erläuterungsbedürftig erscheint, inwiefern - aus orthopädischer

Sicht - das Lasègue -Manöver geeignet sein könnte, Schmerzen (nicht lumbal, sondern) im ganzen Fuss auszulösen. Das Fehlen jeglicher Würdigung fällt umso stärker ins Gewicht, als gleichzeitig ausdrücklich festgehalten wurde, es sei im MRI keine Pathologie im linken Fuss ersichtlich, es finde sich für die Beschwerden kein bildgebendes Korrelat. Wenn derartige Diskrepanzen zwischen angegebenen Beschwerden und objektivierbarer Pathologie nicht einmal ansatzweise thematisiert werden, stellt dies die Schlüssigkeit der gutachterlichen Beurteilung entscheidend in Frage. Wenn schliesslich vor diesem Hintergrund auch noch ohne jede weitere Begründung

eine volle Arbeitsunfähigkeit „in irgendwelcher Tätigkeit“ postuliert wird, entfällt die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilung vollends.

Infolge der genannten massiven Mängel erweist sich das A.____ -Gutachten hinsichtlich der orthopädischen Aspekte als nicht brauchbar. 4.4

Zwischen dem Inhalt der Gesamtbeurteilung (vorstehend E. 3.11.5) und den Angaben in den Teilgutachten bestehen erhebliche Diskrepanzen. So wurden zusammenfassend Diagnosen aufgeführt, die in den Teilgutachten nicht genannt sind. Dies betrifft einerseits die diagnostizierte Migräne und andererseits die Diagnose „Beschwerden unspezifischer Art mit Lumbalgien, Hüftschmerzen und belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenksbereich beidseits mitverursacht durch Gehen an Stöcken und Schmerzschonhaltung“.

Sodann wurde unter der Diagnose „Schmerzsyndrom im Bereich des linken OSG / Fusses“ unter anderem angeführt „mit neurogenen und orthopädisch bedingten Schmerzen“. Dies ist nicht nachvollziehbar. Die Schmerzen wurden - eben falls im zusammenfassenden Teil - als vorwiegend neurogen charakterisiert, und im orthopädischen Teilgutachten wurde ausdrücklich festgehalten, dass bildgebend keine Pathologie des linken Fusses ersichtlich

sei. Wenn dann in der Schlussdiagnose, umstandslos und ohne eine auch nur ansatzweise ersichtliche Begründung, die Schmerzen auch als orthopädisch bedingt postuliert werden, stellt dies die Schlüssigkeit der sogenannt integrativen Beurteilung nachhaltig in Frage. 4.5

In der integrativen Beurteilung (vorstehend E. 3.11.6) wurde zum Verlauf unter anderem angegeben, es hätten auch gegen Ende des Jahres 2006 sehr starke Schmerzen persistiert, was „eine volle Arbeitsfähigkeit nicht möglich“ gemacht habe. Dies steht in klarem Widerspruch zum dokumentierten Umstand, dass vom 30. Oktober 2006 bis zur Operation im Oktober 2008 keine ärztlich attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit existieren. Es mag zutreffen, dass die Beschwerdeführerin auch in dieser Zeit nicht beschwerdefrei gewesen ist, worauf die Intensität der Beanspruchung von medizinischem Fachwissen hin weist, und dass sie womöglich den Gutachtern die fragliche Zeit als belastend und schwierig geschildert hat. Dies ist jedoch klar von der Frage der Arbeitsfähigkeit im für die Rechtsanwendung massgebenden Sinn zu unterscheiden. Wenn im Gutachten von „Arbeitsfähigkeit“ die Rede ist, darf erwartet werden, dass damit der korrekte Begriffsinhalt angesprochen wird. Falls dies zutrifft, ist die Aussage im Gutachten aktenwidrig und falsch. Sollte

damit mehr die subjektive Sichtweise der Beschwerdeführerin gemeint gewesen sein, so wäre dies eine ausgesprochen unprofessionelle Begriffsverwendung.

Schliesslich sind auch die zusammenfassenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar (vorstehend E. 3.11.6), wonach diese „wahrscheinlich in sitzender Position“ und „bei der Notwendigkeit des Führens eines eigenen Haushalts“ 30 % betragen soll. Es ist weder ausgeführt noch ersichtlich, warum bei der Einschätzung der im Erwerbsbereich aus medizinischer Sicht noch anzunehmenden Arbeitsfähigkeit ein Bezug zur Notwendigkeit der Haushaltsführung hergestellt wird. Mit dem im gutachterlichen Kontext relevanten Begriff der Arbeitsfähigkeit hat dies nichts zu tun, was bei gutachterlich tätigen Medizinern als bekannt vorausgesetzt werden dürfen sollte. Besonders frappierend ist aber der Umstand, dass aus orthopädischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit postuliert wurde, dies im Teilgutachten wie auch in Beantwortung der am Schluss des Gutachtens aufgeführten einzelnen Fragen. Die Angabe einer Arbeitsfähigkeit von 30 % als gemeinsame „integrative“ Feststellung der drei Gutachter ist dazu vollkommen diskrepant. Ob sie dies bemerkt haben, muss offen bleiben; thematisiert wurde der Widerspruch von ihnen jedenfalls nicht. Angesichts einer derartigen Beliebigkeit bezüglich Umfang der postulierten Arbeitsfähigkeit kann auch diesbezüglich auf das Gutachten nicht abgestellt werden. 4.6

Die Aktenzusammenstellung im A.____-Gutachten ist unvollständig. Indem sie sich nur bis zum 1. Juli 2011 erstreckt (vorstehend E. 3.1.1), sind Berichte und Beurteilungen vom Juli 2011 (vorstehend E. 3.8), vom Dezember 2011 (vorstehend 3.9) und vom März 2012 (vorstehend E. 3.10) im Gutachten, das am 28. Juni 2012 erstattet wurde, unberücksichtigt geblieben. 4.7

Angesichts dieser vorstehend dargelegten zahlreichen und gravierenden Mängel erweist sich das A.____-Gutachten als unbrauchbar. 5. 5.1

Aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich die folgenden Anhaltspunkte für die hier vorzunehmende Beurteilung:

Im September 2009 wurde im Austrittsbericht der F. ___ unter anderem ausgeführt, das Beschwerdebild könne mit den Befunden und Diagnosen nur ungenügend erklärt werden, und es wurde eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwere Tätigkeiten attestiert (vorstehend E. 3.3). Dies wurde im Januar 2010 kreisärztlich bestätigt, ergänzt um die Limitierung von Stehen und Gehen auf maximal 3 Stunden (vorstehend E. 3.4).

Im Juni 2010 führte der damalige Hausarzt unter anderem aus, es bestehe ein Fusschmerz ohne klares Korrelat, und auch eine Verarbeitungsstörung. Der von der Beschwerdeführerin konsultierte Neurologe PD Dr. K. ___ sprach - ohne Aktenkenntnis und ohne apparative Zusatzdiagnostik (vgl. E. 3.10) - von einer Allodynie (vorstehend E. 3.5), also einer Schmerzempfindlichkeit auf nicht schmerzhafte Berührungen.

Im Z. ___ -Gutachten vom März 2011 wurden phänomenologisch als „neuropathisch“ zu bezeichnende Rückfusschmerzen (sowie, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, eine Schmerzverarbeitungsstörung und eine massive Adipositas) diagnostiziert (vorstehend E. 3.6). Die Z. ___ -Gutachter führten aus, das bei der Beschwerdeführerin vorhandene (als anatomische Variante gelegentlich vorkommende) Os tibiale

externum - gewissermassen ein „Überbein“ - sei beim Misstritt am 1. August 2006 traumatisiert worden. Diesbezüglich trete nach etwa drei Monaten ein Status quo ante ein, so wohl auch bei der Beschwerdeführerin, die ab 30. Oktober 2006 wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, und ab Februar 2007 eine körperlich eher noch belastendere Arbeit verrichtet habe. Die aktuell angegebenen Beschwerden könnten ätiologisch nicht ganz eindeutig zugeordnet werden und dürften eine nicht unwesentliche nichtorganische Komponente enthalten. Dennoch müsse davon ausgegangen werden, dass sie einen gewissen organischen Kern enthielten. Nach Oktober 2008 sei es postoperativ offenbar zu einer Schmerzverstärkung gekommen. Als mögliche Indikation für die Operation nannten die Z. ___ -Gutachter zwei Möglichkeiten, einerseits Unfallfolgen, andererseits als krankheitsbedingtes Leiden das Os tibiale

externum, nämlich im Zusammenhang mit der massiven Adipositas der Ort des geringsten Widerstands (gegenüber der entsprechenden Belastung), wofür die übermässig lange Beschwerdepersistenz trotz fehlender wesentlicher Strukturalterationen spreche (vorstehend E. 3.7).

Im Dezember 2011 wurde im Austrittsbericht des N. ___ über den von der Beschwerdeführerin vorzeitig abgebrochenen Aufenthalt die Fussproblematik lediglich nebst anderen Diagnosen als Status nach Fussdistorsion festgehalten (vorstehend E. 3.8). Die Ärzte der Fussprechstunde der O. ___ führten im Dezember 2011 aus, es könne keine auffällige Pathologie nachgewiesen werden (vorstehend E. 3.9).

Im März 2012 führten Dr. P. ___ und PD Dr. G. ___ aus, dass neurologisch weder das Beschwerdebild im Bereich des linken Fusses noch andernorts lokalisierte Beschwerden mit organischen oder strukturellen Folgen des Unfalls von 2006 oder der Operation von 2008 begründbar seien. Rein unfallabhängig und somatisch begründet sei der Beschwerdeführerin eine wechselbelastende Tätigkeit mit frei wählbarer Stellung und einer Gewichtslimite von 15 kg ganztägig zumutbar (vorstehend E. 3.10). 5.2

Mit Ausnahme der Ausführungen im Z. ___ -Gutachten ist allen genannten Beurteilungen zu entnehmen, dass es für die geklagten Fussbeschwerden keine somatisch begründeten Erklärungen gibt. Die Bildgebung ist unergiebig, es fehlt ein objektivierbares organisches

oder strukturelles Korrelat für die persistierenden und teilweise sich ausweitenden Beschwerden.

Unter vorläufiger Ausklammerung des Z.____-Gutachtens sind die geklagten Beschwerden somit als nicht-organisch einzustufen, und ihr allfälliger kausaler Zusammenhang wird entsprechend der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen zu prüfen sein. 5.3

Die Z.____-Gutachter erachteten bezüglich der am 1. August 2006 erlittenen Fuss distorsion einen Status quo ante als am 30. Oktober 2006 erreicht. Dies ist auch aktenmässig ausgewiesen, und davon ist auszugehen.

Sodann erörterten die Z.____-Gutachter die möglichen Indikationen für die Operation im Oktober 2008, nämlich als Unfallfolge oder aus unfallfremden Gründen, nämlich eine Überlastung des vorbestehenden Os tibiale

externum durch die zwischenzeitlich erreichte massive Adipositas. Für die zweite Erklärungsvariante nannten sie zusätzliche medizinische Argumente, liessen sie dann aber fallen mit dem Hinweis darauf, dass die Beschwerdegegnerin die Behandlung der Fussbeschwerden finanziert habe. Damit vermischten sie jedoch die Ebene der medizinischen Kausalitätsbeurteilung mit der versicherungs-administrativen Frage der - allenfalls auch nur kulanzmässigen - Kostenübernahme. Medizinisch erschien ihnen die Erklärungsvariante der durch die Adipositas bedingten Überlastung des anatomisch speziell ausgeprägten Fusses offensichtlich plausibel.

Dies kann jedoch in dem Sinne offen bleiben, als auch die Z.____-Gutachter eine unfallkausale Indikation für die Operation im Jahr 2008 lediglich als eine von zwei (mindestens gleichwertigen) Möglichkeiten eingestuft haben. Damit fehlt es an der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall von 2006, der Operation von 2008 und aktuell geklagten Beschwerden.

Selbst wenn der im Z.____-Gutachten angeführte mögliche organische Kern der gemäss Z.____-Gutachten in nicht unwesentlichem Ausmass nicht organisch begründbaren - Beschwerden nicht nur als thesenartiger Erklärungsversuch, sondern (entgegen der Evidenz) als belegt erachtet würde, würde es am erforderlichen Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall fehlen. 5.4

Somit ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass für Beschwerden, denen es nicht ohnehin am erforderlichen Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall fehlt, kein objektivierbares organisches oder strukturelles Korrelat besteht.

Ob sie in rechtsgenügendem, insbesondere adäquatem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall stehen, beurteilt sich demnach anhand der massgebenden Rechtsprechung (vorstehend E. 1.4).

Beim erlittenen Unfall - einem blossen Übertreten des Fusses - handelt sich ganz offensichtlich um ein Ereignis, das als einfach oder nachgerade banal einzustufen ist. Dementsprechend entfällt eine Adäquanz bereits aufgrund der mangelnden Schwere des Unfallereignisses.

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es könne auch ein leichter Unfall die adäquate Ursache einer Arbeitsunfähigkeit sein (Urk. 1 S. 18 Ziff. 26), ist in Bezug auf den vorliegenden Fall, der keine Ausnahme im Sinne der Rechtsprechung darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_526/2008 vom 14. Mai 2009 E. 5.1), nicht stichhaltig. 5.5

Dies führt zum Schluss, dass zwischen den im strittigen Zeitpunkt (September 2011) geklagten Beschwerden und dem am 1. August 2006 erlittenen Unfall kein rechtsgenügender Kausalzusammenhang besteht.

Der Beschwerdeführerin stehen demnach keine Leistungen der Beschwerde gegenüber zu. Somit ist die Beschwerde abzuweisen und der angefochtene Entscheid - androhungsgemäss zum Nachteil der Beschwerdeführerin - mit der Feststellung aufzuheben, dass sie ab dem 1. September 2011 gegenüber der Beschwerdegegnerin keine Leistungsansprüche hat.

Ferner ist der Antrag der Beschwerdeführerin betreffend Übernahme der Kosten des von ihr veranlassten Gutachtens aus bereits dargelegten Gründen (vorstehend E. 4.7) abzuweisen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen und der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 22. März 2012 wird mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. September 2011 gegenüber der Beschwerdegegnerin keine Leistungsansprüche hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Franziska Venghaus - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher
MO/TS/MP versandt

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