

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00225 vom 24. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00225

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00225 du 24 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00225 del 24 marzo 2014

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Ver siche rungsleistungen bei Berufs unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vor liegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozial versicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfall ver sicherung, UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem einge tre tenen Schaden ein natür licher und ein adäqua ter Kausal zusammenhang be steht.

E. 1.2

Als natürlich

kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten 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. Dabei genügt es, dass das schä digende Ereignis zu sammen mit anderen Bedingungen die kör perliche oder geistige In tegrität der versicherten Person beein trächtigt hat, der Unfall mit andern Wor ten nicht wegge dacht werden kann, ohne dass auch die ein getretene gesund heitliche 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 Hin weisen).

E. 1.3

M it Verfügung vom 13. Februar 2012

stellte die Basler die Taggeldleistungen per 31. Januar 2012

ein (U rk. 11/5/5).

Dagegen erhob die Versicherte mit Schrei ben vom 12. März 2012 und unt er Beilage des Berichts von Dr. m ed. F.____, Leitender Arzt der Manuelle n Medizin und interventionelle n Rheuma tologie der C.____ Klinik, vom 12. März 2012 (Urk. 11/5/7) Ein sprache (Urk. 11/5/6). Die Basler kündigte mit Schreiben vom 11. Juni 2012 die Abweisung der Einsprache und eine Schlechterstellung im Entscheid (refor matio in peius) mit rück wirkender Einstellung der Leistungen per 13. Januar 2011

bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Rück for derung der über den 13. Januar 2011 hinaus erbrachten Taggeldleistungen an (Urk. 11/5/9).

Da gegen erhob die Krankenversicherung der Versicherten, die assura, mit Schreiben vom 13. Juni 2012 vorsorglich Einsprache (Urk. 11/5/12), welche sie mit Schreiben vom 29. Juni 2012 wieder zurückzog (Urk. 11/5/13). Die Versicherte hielt mit Schreiben vom 19. August 2012 an ihrer Einsprache fest (Urk. 11/5/17), welche die Basler mit Einspracheentscheid vom 28. August 2012 abwies, und sie stellte die Leistungen per 13. Januar 2011 ein, unter gleichzeitigem Verzicht auf eine Rückforderung (Urk.).

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).

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).

Für die psychischen Leiden hat die Rechtsprechung verschiedene Prüfungsschemen entwickelt. Sofern nicht eine psychische Schädigung nach einem Schreckereignis (BGE 129 V 177; SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 [= U 548/06]), ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4 mit Verweis auf die Kriterien gemäss BGE 117 V 359), ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus (BGE 117 V 359, präzisiert in BGE 134 V 109) vorliegt, hat die Prüfung der Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Fehlentwicklungen gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen. Denn die Rechtsprechung hat es wiederholt abgelehnt, bei psychischen Beschwerden auf das Erfordernis der Adäquanz zu verzichten (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweis; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_506/2007 vom 18. April 2008 E. 3.1).

E. 1.3.2

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 anzu knüpfen, 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).

E. 1.4

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat er ausserdem Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraus sichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbs unfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121).

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen Heilbehandlungs- und die Taggeldleistungen dahin.

E. 1.5

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente (Art. 19 Abs. 1 UVG) oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 23. September 2012 Beschwerde und beantragte, es seien ihr die unfallversicherungsrechtlichen Leistungen rückwirkend ab 13. Januar 2011, namentlich die laufenden Therapiekosten bis zur vollständigen Genesung des rechten Fusses zuzusprechen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2011

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es hätten gemäss Dr. B.____ bereits am 11. August 2010 keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen mehr festgestellt werden können. Auch die neurologische Abklärung habe keine objektivierbaren Befunde ergeben. Nach dem Bericht der Neurologie der C.____ Klinik vom 13. Januar 2011 habe keine weitere Therapieoption mehr bestanden. Es habe demzufolge ab dem Zeitpunkt keine namhafte Verbesserung des

somatischen Gesundheitszustandes mehr erwartet werden können. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs

zwischen allfälligen psychisch bedingten Restbeschwerden und dem Unfallereignis vom 15. März 2010 sei angesichts des als banal zu qualifizierenden Unfallereignisses in Anwendung der Rechtsprechung von BGE 115 V 133 ohne Weiteres

zu verneinen (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wendet dagegen im Wesentlichen ein, sie stehe noch immer unter ärztlicher Aufsicht und nehme regelmässige Therapie in der C.____ Klinik in Anspruch (Urk. 1). Nach diversen Untersuchungen in der C.____ Klinik sei klar gewesen, dass nicht ein orthopädisches, sondern ein neurologisches Problem für die Beschwerden am rechten Fuss verantwortlich sei. Mit der nun richtigen Therapie schreite die Genesung endlich voran, was genügend Beweis dafür sein sollte, dass die Ärzte der C.____ Klinik sich nicht irren würden. Sie sei nur noch zu 25 % arbeitsunfähig, wobei die Genesungszeit bei Nervenschädigungen nur schwer einzuschätzen sei. Die E.____-Beurteilung dagegen sei respektlos und die behauptete Simulation unzutreffend. Auch der Umstand, dass sie Fr. 1'775.-- für Akupunktur ausgegeben habe, was sehr geholfen habe, zeige, dass sie nicht simuliere. Zudem beanspruche der Weg zur C.____ Klinik für sie jeweils mindestens eine Stunde, was niemand über einen so langen Zeitraum hinweg freiwillig auf sich nehmen (Urk. 14).

Auf den MRT-Bildern sei durchaus etwas erkennbar. Zudem habe sie Fotos des rechten Fusses vom 26. September 2010 und vom 16. September 2011 eingereicht. Kein Arzt würde bescheinigen, dass bei einem Knochenbruch garantiert nur der Knochen zu Schaden komme, dazu sei der menschliche Körper zu komplex. Vor dem Unfall vom 15. März 2010 habe sie keinerlei Probleme oder Beschwerden am rechten Fuss gehabt (Urk. 27/2).

E. 2.3

Unstrittig ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 15. März 2010 eine laterale Malleolarfraktur Typ Weber B rechts erlitten hat. Die Beschwerdeführerin anerkannte ihre Leistungspflicht für diese somatische Unfallfolge bis zum 13. Januar 2011 (Urk. 2 S).

E. 3

auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 S. 2). Die Beschwerdeführerin hielt in der undatierten Replik (Eingang am 5. Februar 2013) an ihren Anträgen fest und beantragte ausserdem, der E.____-Bericht sei als ungültig einzustufen, es seien von der Beschwerdegegnerin die Kosten für die Therapie an der C.____ Klinik für maximal drei weitere Therapiepakete und die Kosten der G.____ in der Höhe von Fr. 1'775.-- zu übernehmen, sowie

es sei ihr eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten (Urk. 14 S. 2). Mit der Replik reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. F.____ vom 25. Oktober 2012 ein (Urk. 15/1). Die Beschwerdegegnerin

nahm dazu mit Duplik vom 14. Mai 2013 Stellung und hielt an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde unter Verweis auf den beigelegten Bericht von Dr. B.____ vom 13. März 2013 (Urk. 21/1) fest (Urk. 20 S. 2). Die Beschwerdeführerin liess sich dazu mit

Eingabe vom 20. September 2013 verlauten (Urk. 27/2). Mit Eingabe vom 24. September 2013

(Urk. 30) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. F.____ vom 23. September 2013 ein (Urk. 31), zu welchem die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 15. November 2013 Stellung nahm (Urk. 36).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten oberen Sprunggelenkes (OSG) vom 13. Juli 2010 hatte gemäss dem Bericht des H.____ vom 14. Juli 2010 nebst der bekannten Frakturlinie im Bereich der distalen Fibula im Sinne einer Weber B-Fraktur mit Ausnahme einer Schwellung der Weichteile plantarseits und über den Calcaneus ohne konfluierende Hämatome sowie um den lateralen Malleolus

keine Befunde, namentlich keine freien Gelenkskörper und keine Verletzung der Bänder ergeben (Urk. 11/3/31).

Die Ärzte der Chirurgischen Klinik des Spitals A.____

hielten im Bericht vom 16. Juli 2010 fest, die Beschwerdeführerin klagte über persistierende chronische diffuse Beschwerden mit Maximum über dem Malleolus lateralis

und medialis. Es würden sich keine Anzeichen für eine Pseudarthrose, keine freien Gelenkskörper, keine Bandläsionen und für die entsprechende Zeit eine normale Konsolidation zeigen. Insgesamt bestehe kein Anhalt für Pathologien im Bereich des OSG. Sie würden von der Diagnose eines Morbus Sudeck bei Status nach konservativ therapierter Malleolarfraktur Typ Weber B rechts ausgehen (Urk. 11/3/11/1).

Dr. B.____ hielt vor diesem Hintergrund im Bericht vom 11. August 2010 nach vollziehbar fest, dass die laterale Malleolarfraktur vollständig konsolidiert sei und kein Hinweis auf eine Gelenkspathologie vorliege (Urk. 11/3/16 S. 2). Darüber hinaus schloss er mangels Schwellungen oder trophischer Hautveränderungen

auch das Vorliegen einer Sudeck-Dystrophie aus, was er anlässlich der Sprechstunde vom 14. Oktober 2010 (Urk. 11/3/21) und vom 18. November 2010 (Urk. 11/3/22) bestätigte.

E. 3.2

Auch dem Bericht des Zentrums für Fusschirurgie der C.____ Klinik vom 9. Dezember 2010 ist zu entnehmen, dass bildgebend unauffällige Verhältnisse mit kongruent abgebildetem oberem Sprunggelenkspalt und unterem Sprunggelenk ohne degenerative Veränderungen mit intakter Darstellung der Mittel- und Rückfussgelenke vorherrschten. Aus fussorthopädischer Sicht könnten zurzeit keine substantiellen Behandlungsmassnahmen vorgeschlagen werden. Es bestehe der Verdacht auf eine hauptsächlich neuropathische Schmerzkomponente (Urk. 11/3/25 S. 2).

Die

in der Folge durchgeführte neurologische Abklärung in der Neurologie der C.____ Klinik ergab

indes gemäss dem Bericht vom 13. Januar 2011 klinisch keine Hinweise für fokale-neurologische Defizite. Auch elektrophysiologisch habe sich beidseits eine normale motorische sowie sensible Peroneus-Neurographie und ein unauffälliger

Nervus

suralis rechts gezeigt und nach diagnostischer Infiltration des Nervus

peroneus

superficialis

habe sich keine Besserung eingestellt. Aus neurologischer Sicht seien keine weitere Diagnostik und Therapieoptionen mehr möglich (Urk. 11/3/28-29).

Die Ärzte der Rheumatologie der C.____ Klinik kamen gemäss dem Bericht vom 14. März 2011 ebenfalls zum Schluss, die Fraktur am rechten Fuss sei gut konsolidiert und im klinischen Untersuch hätten keine Hinweise objektiviert werden können, die für das Vorliegen einer algodystrophischen Entwicklung typisch wären. Die OSG-Beweglichkeit sei soweit passiv uneingeschränkt und die neurologische Untersuchung der unteren Extremitäten sei unauffällig gewesen. Es hätten sich auch keine entzündlichen Gelenk-Manifestationen gezeigt. Auffallend sei eine muskuläre Insuffizienz mit auch diverssten myofaszialen Druckpunkten in der Gastrocnemiusmuskulatur rechts. Wichtig er scheine eine physiotherapeutische Begleitung zur Weichteilbehandlung der Unterschenkelmuskulatur, Dehnung und Erlernung von muscle

balance Übungen für die Fussmuskulatur. Weitere Kontrollen in der Rheumatologie seien nicht geplant (Urk. 11/7/33).

Die Abklärung im E.____-Zentrum unter Mitwirkung von Dr. med. I.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, ergab gemäss dem Bericht vom 26. Januar 2012

ebenfalls keine der geklagten Beschwerden am rechten Fuss eindeutig objektivierbaren Befunde. Inspektorisch hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Die auf den beigebrachten Fotos ersichtliche laterale Schwellung unterhalb des Malleolus

lateralis sei derzeit nicht sichtbar. Auch eine Schwellung der Peronäussehne habe ausgeschlossen werden können. Der wiederholt angegebene Schmerz im vorderen OSG-Bereich könne physiologisch/biomechanisch nicht erklärt werden. Eine Druckdolenz finde sich diffus unterhalb des Malleolus

lateralis. Bei der Durchsicht der zuletzt ausgeführten konventionellen Aufnahme und des MRT vom 13. Juli 2010 würden sich keine pathologischen, die Beschwerden erklärenden Befunde zeigen. Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe sich eine mässige Leistungsbeeinträchtigung gezeigt. Bei den Hebetests

habe sich die Beschwerdeführerin selber limitiert und die Belastung unter Angabe von Schmerzen im Fuss abgebrochen. Bei bewusst beobachteten Situationen habe ein deutlich stärkeres Hinken mit dem rechten Fuss wahrgenommen werden können, als beim Gehen zwischen Tests oder bei Tests, bei denen nicht bewusst ein Fusshinken demonstriert werden können, etwa beim Leiternsteigen. Dies müsse als deutliche Inkonsistenz gewertet werden. Insgesamt habe sich bei der Beschwerdeführerin basierend auf der EFL wahrscheinlich infolge der Dekonditionierung

eine leichte bis mittel schwere Belastbarkeit gezeigt, ohne dass irgendwelche objektiv nachvollziehbare Funktionseinschränkungen verifizierbar gewesen wären (Urk. 11/3/50).

E. 3.3

Dr. F. ___ von der Manuellen Medizin der C. ___ Klinik nahm dazu im Schreiben vom 12. März 2012 Stellung und erklärte, die Ausführungen im E. ___ -Bericht würden zeigen, dass sich die Gutachter nicht einig seien, ob die Beschwerden überlagert psychosomatischer Herkunft oder neuropathischer Natur seien. Dies bedeute, dass eine druckbedingte neuropathische Fussproblematik doch nicht ausgeschlossen werden könne. Nach seiner Ansicht stelle die neuropathische Schmerzproblematik möglicherweise eine Neuropathie des Nervus

peroneus

superficialis oder sogar des Nervus

suralis dar (Urk. 3).

Im Bericht vom 25. Oktober 2012 führte Dr. F. ___ dagegen aus, aufgrund der radiologischen Veränderungen, welche sich nach nochmaliger Durchsicht der konventionellen Röntgenbilder und des MRT vom 13. Juli 2010 mit fleckförmigen Veränderungen vor allem im Bereich der Tibia zeigen würden, und aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptome rezidivierender Schwellzustände, kontinuierlicher stechender, zum Teil bremsender Schmerzen, einer druck- sowie temperaturbedingten Hyperalgesie, einer Hypohidrosis mit Hornhautbildung vor allem im Bereich der Ferse, rot-blaue Verfärbungen und eines kalten Fusses, sei gemäss den modernen Richtlinien der IAIS (International Association

of Insurance Supervisors) die Diagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (complex regional pain

syndrome [CRPS]) zu stellen. Eine negative Elektrophysiologie und an sich auch eine normale Radiologie schliesse eine CRPS-Erkrankung im Übrigen nicht aus (Urk. 15/1).

Im Bericht vom 23. September 2013 erklärte Dr. F. ___ zudem, zum Zeitpunkt der Untersuchung durch ihn am 14. Juni 2011 habe sich eine Berührungsempfindlichkeit prä- und inframalleolär

sowie eine Hypästhesie über dem Fussrücken abnehmend gegen den lateralen Fussrand gezeigt. Eine Schwellung sei zu diesem Zeitpunkt nicht erkennbar gewesen. Ein orthopädisches Problem sei mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht für die Beschwerden verantwortlich. Immer wieder auftauchend und durch alle Spezialisten objektivierbar seien neurologische Symptome wie Hypästhesien, Dysästhesien, leichte Schwäche der Fussheber und Tinel-Zeichen über dem Nervus

peroneus

superficialis rechts. Alle diese objektivierbaren Befunde könnten Restbeschwerden im Rahmen eines durchgemachten CRPS I gewesen sein. Die erstmalige Untersuchung in der C. ___ Klinik habe neun Monate nach dem Unfallereignis stattgefunden, weshalb die ausgeprägten Symptome und Befunde eines möglichen im Anschluss oder schon während der Gipsbehandlung auftretenden CRPS-Syndroms sich schon deutlich zurückgebildet

hätten. Es lägen zusammen mit den in seinem Bericht vom 25. Oktober 2012 beschriebenen radiologischen Veränderungen Tatsachen vor, die eine Diagnose eines CRPS im Nachhinein erlauben würden. Auch die von Dr. B.____ im November 2010 erhobene Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiven Beschwerden seien bei einer CRPS-Erkrankung typisch (Urk. 31).

E. 3.4.1

Aufgrund dieser Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegen die per 13. Januar 2011 geklagten Restbeschwerden am rechten Fuss nicht mehr einer unfallbedingten organischen Ursache zuzuordnen sind, nachdem bei voll ständig konsolidierter Fraktur weder die orthopädische noch die rheumatologische und auch nicht die neurologische Abklärung ein zu den Restbeschwerden passendes, objektivierbares organisches Korrelat ergaben. Denn für die hier relevante beweisrechtliche Betrachtung ist massgeblich, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen recht sprechungsgemäss

erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109

E. 9 Ingress).

Wenn Dr.

F.____ von objektivierbaren Befunden spricht (Urk. 31), so kann daraus nichts zugunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden. Eine manuelle Untersuchung fördert

klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar im Sinne der Recht sprechung sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (vgl. BGE 127 V 102 E.

5b/ bb mit Hinweisen).

Ebenfalls keine

organisch hinreichend nachweisbaren Unfallfolgen stellen myofasziale, tendinotische beziehungsweise

myotendinotische Befunde dar, wie sie etwa bei der rheumatologischen Untersuchung in der C.____ Klinik festgestellt wurden (Urk. 11/7/33).

Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen

sowie Einschränkungen der Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden

(zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2-3 mit Hinweisen). Dies gilt namentlich auch für die von Dr. F.____ aufgeführten neurologischen Symptome wie Hypästhesien, Dysästhesien, leichte Schwäche der Fussheber und Tinel-Zeichen über dem Nervus

peroneus

superficialis rechts, da

mittels der neurologisch-apparativen Untersuchung keine Neuropathie erhoben worden war (Urk. 11/3/28-29).

Dass der Unfall vom 15. März 2010 zu anhaltenden, auch noch nach dem 13. Januar 2011, mithin nach der neurologischen Untersuchung in der C.____ Klinik (Urk. 11/3/28-29) - bestehenden strukturellen Schädigungen des rechten OSG beziehungsweise des rechten Fusses der Beschwerdeführerin geführt hätte, ist durch die im bildgebenden Verfahren durchgeführten Untersuchungen somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

E. 3.4.2

Zu der von

Dr. F.____ hauptsächlich nachträglich aufgrund der Akten und von der Beschwerdegegnerin geschilderten Symptomen

gestellte Diagnose einer CRPS I ist Folgendes zu beachten: Das CRPS Typ I wird auch als sympathische Algodystrophie oder Sudeck-Syndrom bezeichnet. Früher wurde auch der Begriff sympathische Reflex dystrophie verwendet (Psyrembel, Klinisches Wörterbuch, 263. Auflage, 2011). Ein unfallbedingtes CRPS ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nur dann anzunehmen, wenn unter anderem die dafür typischen Symptome ausweislich der echtzeitlichen medizinischen Akten innerhalb von sechs bis acht Wochen nach einem Unfall oder nach einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation aufgetreten sind (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69 [8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.2.1 mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur]; Urteil e

des Bundesgerichts 8C_233/2013 vom 9. Oktober 2013 E. 6.2 und 8C_393/2013 vom 18. Juli 2013 E. 4). Solches ist vorliegend nicht ausgewiesen. Das Auftreten einer Algodystrophie

wurde erstmals von den Ärzten der Chirurgischen Klinik des Spitals A.____ im Bericht vom 16. Juli 2010 unter der Diagnose eines Morbus Sudeck festgehalten, ohne diese indes näher zu begründen und obschon abgesehen von einer leichten Weichteilschwellung im Bereich des Malleolus

lateralis und medialis sowie einer diffusen Klopfdolenz bei peripherer Durchblutung und intakter Motorik sowie Sensibilität keine weiteren Befunde festgestellt wurden (Urk. 11/3/11/1). Zuvor wurde erstmals aufgrund der Konsultation vom 8. Juli 2010 der Verdacht zu dieser Diagnose im Bericht der Chirurgischen Klinik des Spitals A.____

vom 13. Juli 2010 festgehalten. Auch hier waren keine weiterführenden Befunde erhoben worden (Urk. 11/3/11/2).

Frühere ärztlich dokumentierte Hinweise auf ein CRPS fehlen. Sofern überhaupt von einer CRPS I auszugehen ist, wie dies Dr. F.____

rückblickend annimmt, von Dr. B.____ jedoch ausgeschlossen wurde (Urk. 11/3/16 S. 2, Urk. 11/3/21 -22), wäre jedenfalls die Unfallkausalität eines CRPS I aufgrund der grösseren Latenzzeit seit dem Unfall bis zur ersten Feststellung in den echtzeitlichen medizinischen Akten

von über acht Wochen zu verneinen.

E. 3.5

Nach dem Gesagten ging die Beschwerdegegnerin zu Recht davon aus, dass ab dem 13. Januar 2011 der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 15. März 2010 und den somatischen Restbeschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht mehr ausgewiesen respektive weggefallen war. 4.

4.1

Die Frage, ob und inwiefern eine für die Restbeschwerden am rechten Fuss ursächliche psychische Überlagerung auftrat, was von der Beschwerdeführerin bestritten wird, wurde fachärztlich nicht abgeklärt. Eine psychiatrische oder psychologische Behandlung fand - soweit aktenkundig - nicht statt. Sofern und soweit die Restbeschwerden ab dem 13. Januar 2011 tatsächlich ganz oder teilweise psychosomatisch waren, was Dr. B. ___

mit der Empfehlung zur Betreuung in psychischer Hinsicht aufgrund der Divergenz von objektivierbaren und subjektiv angegebenen Beschwerden bestenfalls andeutete (Urk. 11/3/22, Urk. 21/1), wäre die Adäquanz mit der Beschwerdegegnerin jedenfalls zu verneinen. Diesbezüglich kann auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen werden (Urk. 2 S. 4 f.). Auf eine ergänzende Abklärung ist daher jedenfalls zu verzichten. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfallereignisses vom 15. März 2010 war damit spätestens ab dem 13. Januar 2011 aufgehoben. 4.2

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. August 2012 ist somit rechtsens und die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind der Beschwerdeführerin die geltend gemachten Auslagen für Anwalts- und Beratungskosten respektive eine Parteientschädigung (Urk. 14 S. 2) nicht zuzu sprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Es wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. ___ - Rechtsanwalt Oskar Müller - Bundesamt für Gesundheit

E. 5

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

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

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

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