

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00266 vom 2. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00266

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00266 du 2 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00266 del 2 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

7. August 2009 bei der Arbeit eine Konservendose auf den linken Fussrücken fiel (Urk. 9/1).

Nach getätigten Abklärungen stellte die SUVA die bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 1.4

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle 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. 1.5

Nach der Rechtsprechung ist bei leichten Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und nachfolgenden Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen. Unter Umständen ist eine Adäquanzbeurteilung jedoch auch bei leichten Unfällen vorzunehmen, wie die Rechtsprechung schon wiederholt entschieden hat: Ergeben sich aus einem als leicht zu qualifizierenden Unfall unmittelbare Folgen, die eine psychische Fehlentwicklung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit), ist die Adäquanzfrage als Ausnahme der Regel auch bei solchen Unfällen zu prüfen; dabei sind die Kriterien, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten, heranzuziehen. Dies hat sinngemäss auch bei als leicht einzustufenden Unfällen mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule zu gelten (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 244 E. 3b).

E. 1.6

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 wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr.

U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 1.

E. 2

Der

Versicherte erhob am 17. November 2014 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2014 (Urk. 2) und beantragte, dieser und die Verfügung vom 29. April 2014 der SUVA seien aufzuheben, und es seien ihm für die Folgen des Unfalles vom 17. August 2009 auch für die Zeit nach dem 14. Mai 2014 weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten (S. 2 Ziff. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom

4. Februar 2015 (Urk. 8) beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 13. März 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Gleichzeitig wurde sein am 17. November 2014 gestelltes Gesuch um Gewährung (vgl. Urk. 1 S. 2) der unentgeltlichen Rechtsvertretung bewilligt.

Mit Eingabe vom 24. September 2015 (Urk. 12) reichte der Beschwerdeführer ein medizinisches Gutachten zu den Akten (Urk. 13), wozu die Beschwerdegegnerin am 19. November 2015 Stellung nahm (Urk. 17-18). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 23. November 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass gemäss der interdisziplinären Beurteilung vom 9. April 2014 aus somatischer Sicht das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Einschränkung der Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angesichts der organisch zwar noch ausgewiesenen, jedoch nur minimal einzustufenden funktionalen Restbeschwerden am linken Bein zu verneinen sei (S. 5). Somatisch lägen keine Unfallfolgen mehr vor, die durch Behandlungen gebessert werden könnten (S. 7 Mitte). In Bezug auf die verbliebenen, organisch ausgewiesenen, minimal einzustufenden Beschwerden des Beschwerdeführers bestehe somit spätestens seit dem 14. Mai 2014 keine Leistungspflicht mehr. Das gleiche gelte mangels adäquater Schädigungen auch für die psychogenen Beeinträchtigungen (S. 12).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), dass es sich mindestens um einen mittelschweren Unfall handle. Er sei auch heute noch zu 100 % arbeitsunfähig. Ausserdem habe er sich als Folge des Unfalls insgesamt fünf Operationen unterziehen müssen, welche seine Beschwerden jedoch nicht verbessert, sondern noch verschlechtert hätten (S. 4 f.). Es seien zudem psychische Beschwerden hinzugekommen (S. 5 unten). Es lägen auch heute noch objektivierbare Unfallfolgen vor. Auch die Beschwerdegegnerin habe die Beschwerden unfallkausal gewertet. Es habe sich nichts geändert. Es sei weder eine Besserung noch eine Heilung eingetreten, weshalb die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin weiterhin gegeben sei (S.

16).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die über den 14. Mai 2014 hinaus bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers in einem rechtsgenügenden Zusammenhang zum Unfallereignis vom 17. August 2009

E. 7

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 9

stehen. 3. 3.1

Gemäss Akten erlitt der Beschwerdeführer am 17. August 2009 einen Arbeitsunfall, als ihm eine Konservendose auf den linken Fussrücken fiel, der teilweise mit einem Stahlkappenschuh geschützt war (Urk. 9/1; vgl. Urk. 9/23 S. 1).

3.2

Einen Monat nach seinem Unfall suchte der Beschwerdeführer erst mals einen Arzt auf. Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 16. November 2009 über die Erstbehandlung vom 16. September 2009 (Urk. 9/4) und führte aus, dass dem Beschwerdeführer ein schwerer Gegenstand auf den linken Fuss gefallen sei und sich im Verlauf eine posttraumatische Exostose am linken Fussrücken gebildet habe, welche operativ abgetragen werden müsse (Ziff. 4-7). 3.3

Die Ärzte des A.____ berichteten am 14. Oktober 2009 (Urk. 9/5) und nannten als Diagnose eine posttraumatische Exostose

tar sometarsal II links bei Verdacht auf Fraktur infolge Kontusion des Fussrückens links im August 2009. Sie führten aus, dass es vor 2-3 Monaten während der Arbeit in einem Lebensmittellager zu einer Kontusion des Fussrückens mit einer zirka 10-12 kg schweren Büchse gekommen sei. Im Anschluss daran habe sich ein Hämatom gebildet, welches der Beschwerdeführer selbständig mittels Kühlung und Salbenbehandlung zu lindern versucht habe. Seither würde eine knöcherne Vorwölbung am Mittelfussrücken persistieren, wobei die radiologischen Untersuchungen auf eine Abspaltung eines dorsalen knöchernen Fragments hindeuten würden. Weiter ergebe sich durch geschlossene Schuhe eine Irritation

des benachbarten Nervs. Es sei rasch möglichst eine operative Sanierung geplant.

Am 23. Oktober 2009 berichteten die Ärzte des A.____ über die durchgeführte Exostosenabtragung (Urk. 9/6 ; vgl. auch Urk. 9/15) und führten aus, dass sich der perioperative

und klinische Verlauf komplikationslos gestaltet habe. 3.4

SUVA-Kreisarzt Dr. med. B.____ , Facharzt für Chirurgie, führt e am 21. Dezember 2009 aus, es sei medizinisch praktisch nicht möglich, dass der Beschwerdeführer einen Monat nachdem ihm eine Büchse auf den Fuss gefallen sei , bereits eine Exostose am Fuss gehabt habe. Es könne sich höchstens um eine Traumatisierung einer vorbestehenden Exostose handeln. Es sei ja auch seltsam, dass der Beschwerdeführer erst einen Monat nach dem sogenannten Unfall einen Arzt aufsuche und die Unfallmeldung zwei Monate später bei der SUVA eintreffe (Urk. 9/13) .

3.5

Die Ärzte des A.____ berichteten erneut am 5. Januar 2010 (Urk. 9/17) und führten aus, dass zwei Monate postoperativ ein eher frustranter Verlauf mit persistierenden lokalen Druckschmerzen bei Verdacht auf Irritation des lokalen Nervenastes bestehe. Es sei fraglich, ob dies durch die Kontusion oder aber narbenbedingt nach erfolgter Exostosenabtragung bedingt sei.

Am 22. Januar 2010 erfolgte sodann eine oberflächliche Narbenrevision im A.____ (Urk. 9/30). Die Ärzte des A.____ führten aus, dass sich der Verdacht einer Neurapraxie bestätigt habe. Diese sei wohl durch die direkte Kontusion bedingt gewesen. Erstaunlicherweise hätten sich intraoperativ keine mechanisch beeinträchtigenden Adhäsionen nach dem Ersteingriff gezeigt (Urk. 9/32).

Die Ärzte des A.____ berichteten am 18. März 2010 (Urk. 9/37) und führten aus, dass sechs Wochen postoperativ soweit regelrechte Verhältnisse vorliegen würden. Der Beschwerdeführer habe offenbar vom erneuten Eingriff profitieren können. Trotzdem würden nach wie vor Irritationen im Bereich des lokalen Hautnervenastes vorliegen. Intraoperativ habe sich eine flächenförmige Ausbreitung der Nerven gezeigt, was durchaus einer Neurapraxie durch direkte Kontusion entsprechen könnte. Der weitere Verlauf sei abzuwarten, wobei erfahrungsgemäss Nervenläsionen Monate bis Jahre für die Rehabilitation benötigen könnten.

Am 21. Juni 2010 erfolgte eine erneute Nervenrevision des Nervus

peroneus

superficialis links mit Rückkürzung und Neuromverlagerung in den Musculus

extensor

digitorum

longus links (Urk. 9/78). 3.6

SUVA-Kreisarzt Dr. med. C.____ , Facharzt für Chirurgie, nahm am 28. Juli 2010 Stellung (Urk. 9/52) und führte aus, dass die Genese der am 23. Oktober 2009 abgetragenen Exostose radiologisch nicht ganz eindeutig sei . Postuliert werde ein Status nach möglicherweise früherer Absprengung. Allerdings sei die Vorwölbung intraoperativ abgerundet und nicht

mobil gewesen. Bildgebend sei auch kein Defekt sichtbar und die benachbarten Gelenke am Fuss links seien intakt. Trotzdem könne auf Beschwerde-Ebene eine wahrscheinliche natürliche Unfallkausalität nicht verneint werden. Immerhin habe der Beschwerdeführer genau in diesem Bereich eine heftige Prellung mit bläulicher Schwellung lokal durch eine fallende Konservenbüchse erlitten. Ein vorbestehender Knochenvorsprung werde klar verneint. Die angegebenen Brückensymptome seien glaubwürdig. 3.7

Die Ärzte des A. ___ berichteten am 11. August 2010 (Urk. 9/77) und führten aus, dass der Beschwerdeführer wiederum heftige Schmerzen über dem Fussrückenbereich beschreibe. Acht Wochen postoperativ bestehe ein frustraner Verlauf bei neu leicht proximalisiertem maximalem Schmerzpunkt und ungenügender mechanischer Mobilität des gesamten Fusses. Eine Algodystrophie scheine nicht vorzuliegen. Die Beschwerden seien glaubhaft, jedoch bei überängstlichem Beschwerdeführer doch eher aggraviert. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, da bis anhin kein adäquates Schuhwerk getragen werden könne. 3.8

SUVA-Kreisarzt Stellvertreter Prof. Dr. med. D. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte am 14. Oktober 2010 (Urk. 9/88) aus, dass im Rahmen der Erstoperation am 23. Oktober 2009 der direkt zur Exostose benachbarte Hautnerv vermutlich irritiert worden sei beziehungsweise erst durch die stürzende Dose primär mitverletzt worden sei. Daraus sei die erste Nervenresection am 22. Januar 2010 und eine zweite am 21. Juni 2010 erfolgt. Es handle sich somit überwiegend wahrscheinlich um Folgen des Unfalles vom 17. August 2009.

Entsprechend dem letzten Arztbericht der Ärzte des A. ___ sei der Verlauf frustran, was bei dieser Art von Läsionen eigentlich die Regel sei. Die Frage der Arbeitsfähigkeit könne aus Sicht der SUVA anders beurteilt werden. Geeignetes Schuhwerk seien zum Beispiel offene Sandalen, die nicht unmittelbar im Bereich des Fussrückens Druck ausüben würden. Damit wäre der momentan stellenlose Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar zu 100% arbeitsfähig. Das weitere Prozedere sei schon von den Ärzten des A. ___ festgelegt worden. Durch eine stationäre Behandlung in E. ___ würde sich in der jetzigen Phase keine Besserung einstellen. Es sei schon ein weiterer Chirurg eingeschaltet worden. 3.9

Am 28. Oktober 2010 erfolgte aufgrund der posttraumatischen Neuromschmerzen am Fussrücken erneut eine Operation am A. ___

(Urk. 9/112).

Nachdem der Beschwerdeführer zur postoperativen Analgesie nach der Revision vom 28. Oktober 2010 einen Ischiadikus Katheter erhalten hatte, und es im weiteren Verlauf im Bereich des Katheters am dorsalen Oberschenkel zu einem Infekt kam, wurde am 16. November 2010 eine Inzision am dorsalen Oberschenkel und eine Abszessentlastung durchgeführt (Urk. 9/113). 3.10

SUVA-Kreisarzt Stellvertreter Dr. med. F. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte am 21. Januar 2011 aus, dass die Operationen vom 28. Oktober und 15. (richtig: 16.) November 2010, die aktuellen Beschwerden sowie auch die vom Beschwerdeführer geklagten Kniebeschwerden noch sicher kausal zum Unfallereignis seien (Urk. 9/115).

Im Bericht vom 25. Januar 2011 (Urk. 9/123) führte SUVA-Kreisarzt Stellvertreter Dr. F. ___ aus, dass die durchgeführten Neurolysen klar Folge der Ursprungsverletzung seien.

Es handle sich um ein schweres Schmerzsyndrom. Trotz intensiver Physiotherapie habe auch eine Kniekontraktur nicht verhindert werden können. Es sei vor allem wichtig, dass der Beschwerdeführer wieder eine Tagesstruktur und ausserdem in der momentanen ersten Situation eine psychologische Betreuung erhalte.

SUVA-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, nahm am 10. Februar 2011 Stellung (Urk. 9/126) und führte aus, dass beim Beschwerdeführer einerseits eine sicher neurogen/neuropathische Schmerzkomponente, andererseits eine wahrscheinlich durch den Schmerz bedingte Kontraktur im Kniegelenk bestünden. Aus ärztlich er Sicht sei allseits die dringende Indikation für eine stationäre Rehabilitation in E.____ gesehen worden. Gleichwohl habe der Beschwerdeführer von dieser Notwendigkeit nicht überzeugt werden können.

Am 24. Februar 2011 nahm SUVA-Kreisarzt Dr. G.____ erneut Stellung (Urk. 9/132) und führte aus, dass der Beschwerdeführer am 24. Februar 2011 gemeinsam mit der leitenden Ärztin des Schmerzzentrums und dem Chefarzt der Hand- und Plastischen Chirurgie am A.____ gesehen worden sei. In einem ausführlichen Gespräch seien dem Beschwerdeführer die aktuelle medizinische Situation, die therapeutischen Möglichkeiten und Perspektiven aufgezeigt worden. Zum jetzigen Zeitpunkt sei dringend eine intensive multi-modal konservative Behandlung anzustreben, welche am besten unter stationären Bedingungen in der Rehaklinik E.____ durchgeführt werden könnte. Der Beschwerdeführer erkläre auch heute, wie schon in der Vergangenheit, seine Ablehnung gegen ein solches Vorgehen. Die bisher ambulant durchgeführten Massnahmen am A.____ hätten bezüglich der Beweglichkeit im Kniegelenk leichte Erfolge gebracht, der Schmerz sei jedoch davon unbeeinflusst. Da kurzfristig keine Alternative bestehe, werde übereinstimmend vereinbart, an der bisherigen Behandlung fest zuhalten. Für den März sei eine psychiatrische Erstuntersuchung geplant.
3.11

Die Ärzte der H.____ berichteten am 5. Juli 2011 (Urk. 9/156) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - posttraumatische Neuromschmerzen N. peroneus superficialis am Fuss rücken links

Sie führten aus, dass eine Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrischen Poliklinik stattfinden werde (S. 1 unten). 3.12

SUVA-Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 26. August 2011 über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 9/170) und führte aus, dass die Frage nach dem Erreichen eines nicht weiter verbesserbaren Dauerzustandes erst nach einer umfassenden Abklärung und einem Behandlungsversuch beantwortet werden könne. 3.13

Am 2. September 2011 fand eine elektrophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers am J.____ statt (Urk. 9/182; vgl. auch Urk. 9/184), wobei neurographisch keine Hinweise auf fassbare Nervenläsionen des Nervus

tibialis oder des Nervus

peroneus links festgestellt werden konnten. Das nicht erhältliche sensible Nervenaktionspotential des Nervus

peroneus

superficialis sei auf die Neurolyse am Fuss zurückzuführen. Am neuropathischen Schmerzsyndrom bestünden kaum Zweifel, zumal die klinischen Befunde gut reproduzierbar seien. 3.14

Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA Versicherungsmedizin, und Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie, SUVA Versicherungsmedizin, berichteten am 16. Juli 2012 über die neurologische und psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 24. und 25. April 2012 (Urk. 9/222) und führten aus, dass aufgrund fehlender Muskelatrophien nicht von erheblichen muskulären Funktionsausfällen auszugehen sei. Eine eventuelle leichte Schwäche der Fussheber durch eine eventuelle Läsion des Nervus

peroneus

profundus erkläre nicht die demonstrierte passive Bewegungseinschränkung der Fusshebung und keinesfalls die proximal gelegene Einschränkung der Kniestreckung (S. 22 oben). Zu diagnostizieren sei ein neuropathischer Schmerz. Diese neuropathischen Schmerzen erklärten aber den bisherigen klinischen Verlauf nicht. Aus neurologischer Sicht sei es empfehlenswert, das therapeutische Regime zu intensivieren (S. 22 Mitte). Aktuell sei noch von einem instabilen Zustand auszugehen (S. 23 oben). Aus psychiatrischer Sicht könne eine chronische Schmerzstörung und eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert

und betreffend Einschränkungen des Gehens eine Verdeutlichungstendenz bis hin zur Aggravation festgehalten werden (S.

26 f.). Die psychischen Beschwerden stünden in einer Teilkausalität zum Unfall (S. 28 unten). Aktuell sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die Behandlungsmöglichkeiten seien jedoch noch nicht ausgeschöpft. Eine nachhaltige Besserung könne erreicht werden (S. 29). 3.15

Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, SUVA Versicherungsmedizin, berichtete am 16. Juli 2012 (Urk. 9/224) über die chirurgisch-orthopädische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 24. April 2012 (vgl. S. 12) und führte aus, dass im Bereich des Oberschenkels kein Gesundheitsschaden zu erkennen sei, der das Streckdefizit im Bereich des linken Kniegelenks erklären könnte (S. 26 oben). Die demonstrierte Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Kniegelenks sei am ehesten auf eine schmerzbedingte Schonhaltung zurückzuführen, beginnend nach der Katheter-Komplikation. Die Komplikation der Abszedierung am linken Oberschenkel sei jedoch bereits Mitte Dezember 2010 praktisch vollständig ausgeheilt gewesen. Zusammenfassend entspreche das Streckdefizit des Kniegelenks einer Entlastungshaltung. Ab Dezember 20

E. 10

sei die Bewegungseinschränkung aufgrund der Weichteilsituation im Bereich des Oberschenkels jedoch nicht mehr erklärbar. Auch aus anderen Gründen nicht (S.

26 f.). Die demonstrierte Bewegungseinschränkung der Gelenke des linken Beins sei weder von der Weichteilsituation noch von den Gelenken her erklärbar (S. 28 unten). Eine

Gebrauchsunfähigkeit des linken Beins spiegle sich nicht wieder, weder in einer zu erwartenden Muskelverschmächtigung (Inakti vitätsatrophie) noch in anderen trophischen Störungen (S. 30 unten) . Zum Zeit punkt der Untersuchung seien die Bewegungseinschränkungen nicht mehr unfallkausal (S. 31 Mitte) . 3.16

Anlässlich der Konsensbesprechung vom 1 2. Juli 2012 hielten Dr. K.____ , der den Beschwerdeführer am 2 5. April 2012 psychiatrisch untersucht hatte,

Dr. L.____ , die den Beschwerdeführer am 2 4. April neurologisch untersucht hatte (vgl. Urk. 9/224 S. 12), und Dr. M.____ am 1 6. Juli 2012 fest (Urk. 9/223), dass die Gesundheitsschäden im Bereich des Nervus

peroneus und seiner Äste

mittelbare Unfallfolgen seien . Die jetzt seitens des chirurg isch -orthopä d ischen Fachgebiets im Vordergrund stehende Bewegungseinschränkung von Gelenken des li nken Beines sei auf eine Schon- und Entlastungsreaktion wegen

operati onsbedingter Schmerzen und einer Komplikation nach der letzten Operation zurückzuführen , heute sei sie jedoch nicht mehr unfallkausal . Dass diese Schon- und Vermeidhaltung nach Dezember 2010 nicht aufgegeben worden sei, sei aus chirurgisch-orthopädischer Sicht nicht erklärbar (S. 2). In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine Teilkausalität hinsichtlich der in der Untersuchung fest gestellten psychischen Störungen (S. 2). Therapiemöglichkeiten beständen vor rangig in einem psych iatrisch -psychotherapeut ischen Rahmen. Diesbezüglich könne heute noch nicht von einem Endzustand ausgegangen werden (S. 2 f.) . 3.17

Dr. med. N.____ , Fachärztin für Neurologie, SUVA Versicherungsmedi zin , und der Psychiater

Dr. K.____ berichteten am 2 8. November 2012 (Urk. 9/250) und führten aus, dass eine detaillierte Differenzierung der leis tungs einschränkenden Beschwerden in neurologische und psychiatrische Aspekte nur bedingt möglich sei. Im Vordergrund stehe zweifelsohne die Indi kation einer psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung. Erst nach Bes erung dieser Beschwerden werde eine adäquate Stellungnahme zur Quantität und Qualität der allfällig verbleibenden relevanten neuropathischen Schmerzen möglich sein. Eine Behandlung in den Kliniken O.____

wäre optimal. Sollte der Beschwerdeführer die von allen beteiligten Ärzten empfohlene stationäre respektive teilstationäre Behandlung nicht wahrnehmen und eine ambulante Behandlung erfolgen, erscheine diese Option nicht sehr erfolgversprechend. 3.18

Die Ärzte der Kliniken O.____

berichteten über den teilstationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2 1. Januar bis 1 8. Februar 2013 zur integrierten neurologischen und psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 9/270). Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer bereits am Aufnahme tag nicht auf die klinisch-neurologische Untersuchung gewartet habe und die Station ohne Rücksprache verlassen habe. Die Aufnahmeuntersuchung sei daher erst nach einer Woche erfolgt und durch die mangelnde Mithilfe des Beschwer deführers erschwert gewesen. Der Beschwerdeführer habe sodann nur einige wenige physiotherapeutische Sitzungen wahrgenommen und regelmässig die psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung sowie auch die Schmerzgruppe versäumt (S. 4) . Nachdem

er an zwei weiteren Behandlungstagen gefehlt habe, sei er rückwirkend auf den 18. Februar 2013 aus der teilstationären Behandlung entlassen worden. Es bestehe eine Incompliance in Bezug auf die teilstationäre Behandlung. Daher erscheine nur die vollstationäre Behandlung als indiziert und erfolgversprechend (S. 5) . 3.19

Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA Versicherungsmedizin, nahm am 23. Juli 2013 Stellung (Urk. 9/295) und führte aus, dass nach Rücksprache mit den im April 2012 den Beschwerdeführer untersuchenden somatischen Kollegen kein Anlass bestehe, bezüglich der somatischen Situation von einer zwischenzeitlich relevanten Veränderung auszugehen. In psychiatrischer Hinsicht stelle sich die Angelegenheit jetzt, fast vier Jahre nach dem ursprünglich auslösenden Ereignis und nach einem Behandlungseffort, auf den sich der Beschwerdeführer offenbar kaum einlassen können, am ehesten so dar, dass für die Zukunft eine Chronifizierung drohe und angenommen werden müsse, dass keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei (S. 2). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei nun eine stationäre Behandlung mit dem Ziel der neurologischen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Rehabilitation indiziert. Die Klärung der Frage nach dem Fallabschluss sei auf die Zeit nach einer solchen Behandlungsepisode zu verschieben (S. 3). 3.20

Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 13. September 2013 (Urk. 9/301) und führte aus, dass er den Beschwerdeführer seit Juni 2013 neuro-psychiatrisch behandle. Durch die Folgen der Abszessbildung sei eine eindeutige Beeinträchtigung der Kniebewegung sowie neuropathische Schmerzen oberhalb der Kniekehle entstanden (S. 3 unten). Der Beschwerdeführer sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Besserung sei nicht vorstellbar (S. 4 oben).

3.21

Dr. M.____ berichtete am 9. April 2014 über die orthopädisch-chirurgische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 19. März 2014 (Urk. 9/318) und führte aus, dass weiterhin keine Muskelatrophie im Bereich der Beine bestehe. Die Messungen des Bewegungsausmasses des rechten Hüftgelenks entsprächen im Rahmen der Messungengenauigkeit den Werten, die vor zirka zwei Jahren erhoben worden seien. Ähnliches gelte für die Messung des Bewegungsausmasses des linken Hüftgelenks, wobei hier die Werte tendenziell ein etwas grösseres Bewegungsausmass zeigen würden. Im Bereich des linken Kniegelenks habe die Beugefähigkeit zwischen den beiden Untersuchungen um zirka 25° zugenommen bei annähernd gleichem Streckdefizit von zirka 50°. Geändert habe sich im Bereich des linken Kniegelenks die Angabe bezüglich Druckschmerzhaftigkeit. Bei der Untersuchung von vor zwei Jahren sei ubiquitär Druckschmerz angegeben worden, jetzt sei der Druckschmerz lediglich im Bereich der Kniekehle und der Aussenseite des Kniegelenkes beklagt worden (S. 18). Im Gegensatz zur Untersuchung von vor zwei Jahren sei die Spitzfussstellung bei passiven Bewegungen aufgegeben worden. Unbeobachtet sei das Erreichen der Neutralstellung schon im Abschlussgespräch vor zwei Jahren möglich gewesen. Aktiv sei die Fusshebung nicht möglich. Es sei nicht verständlich, dass die für die Fusshebung zuständige Muskulatur seitengleich kräftig ausgebildet sei. Nach zirka dreieinhalb Jahren behaupteter Inaktivität sei eine Atrophie zwingend zu erwarten. Die vor zwei Jahren gemessene leichte Umfangsvermehrung im Bereich der Knöchelregion des unfallbetroffenen Beins existiere nicht mehr. Hier handle es sich um einen typischen Verlauf. Eine operationsbedingte Schwellung bestehe nicht mehr (S. 19) . Demonstriert werde weiterhin ein funk

tionsuntüchtiges linkes Bein mit einem Extensionsdefizit von 50° im Kniegelenk mit konsekutiver Beugefehlhaltung des linken Hüftgelenks und Spitzfussstellung des linken oberen Sprunggelenks. Die demonstrierten hochgradigen Bewegungseinschränkungen und die daraus resultierende Funktionslosigkeit des linken Beins mit der Notwendigkeit der Entlastung an Gehstützen seien seitens des orthopädisch-chirurgischen Fachgebiets nicht erklärbar. Ferner sei nicht erklärbar, dass sich bei behaupteter konsequenter Entlastung des linken Beins und behaupteter Inaktivität der Fussheber keine Inaktivitätsatrophie der entsprechenden Muskelgruppen ausgebildet habe (S. 20). Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet lägen als Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die beschriebenen Narben vor. Weitere muskuloskelettale Unfallfolgen seien nicht ausgewiesen (S. 21 oben).

3.22

Dr. med. R.____, Fachärztin für Neurologie, SUVA Versicherungsmedizin, berichtete am 9. April 2014 über die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 19. März 2014 (Urk. 9/317) und führte aus, dass die aktuelle Untersuchung deutliche Hinweise für die Diagnose einer funktionellen neurologischen Störung gegeben habe. Eine nachweisbare Lähmung bestehe nicht. Es finde sich weder ein mit einer peripheren Lähmung einhergehender Ausfall des entsprechenden Muskeleigenreflexes noch eine Änderung des Muskeltonus. Als weiterer Hinweis auf eine pseudoneurologische Störung seien die bei der aktuellen neurologischen Untersuchung demonstrierten Sensibilitätsstörungen zu nennen, die sich im Verlauf der Untersuchung als nicht reproduzierbar erwiesen hätten. Die aktuelle Befundlage lasse darüber hinaus Zweifel aufkommen, ob die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes aufrechterhalten werden könne. Es liege zwar ein wesentliches Element für diese Diagnosestellung vor, nämlich die durch Resektion des Nervus

peroneus

superficialis links entstandene Läsion. Es sei im Rahmen von mehreren operativen Eingriffen versucht worden, den Nerv zu mobilisieren.

Schliesslich sei er verkürzt worden. Die klinischen Zeichen jedoch, die üblicherweise im Rahmen eines neuropathischen Schmerzsyndroms zu erheben seien, nämlich Hyperalgesie und Allodynie, hätten beim Beschwerdeführer nicht reproduzierbar nachgewiesen werden können (S. 9). Zusammenfassend ergebe sich als Konklusion aus neurologischer Sicht, dass die dargebotene Fehllhaltung und Gangstörung sowie das Schmerzsyndrom des linken Beines organisch neurologisch nicht zu erklären seien und eine weitere Behandlung auf somatischem Gebiet zu keiner Besserung der Beschwerden führe (S. 10). 3.23

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 9. April 2014 (Urk. 9/316) führten Dr. M.____ und Dr. R.____ aus, dass unter Zusammenfassung aller Befunde, die auf orthopädischem und neurologischem Fachgebiet erhoben worden seien, das aktuell vorliegende Krankheitsbild als funktionell neurologisch klassifiziert werden müsse, das heisse als neurologisch imponierende Symptome, die einer organisch-neurologischen Grundlage entbehren würden. Dies gelte insbesondere für die vom Beschwerdeführer demonstrierte Gangstörung. Auch für die dargestellten Schmerzen hätten weder auf neurologischem noch auf orthopädischem Fachgebiet entsprechende organische Befunde nachgewiesen werden können, die die Lokalisation und Ausprägung der Schmerzen erklären würden. Zwar gebe es einen organischen Kern, welcher im Nervenschaden

bestehe, der in der Folge der durchgeführten Operationen am Nervus

peroneus

superficialis entstanden sei und mit einer Gefühlsminderung einhergehe. Diese Operationen seien nach der als Unfallfolge anerkannten Exostose n abtragung durchgeführt worden unter der Vorstellung, dass ein Nervenschaden bestehe. Als Komplikation des Ischiadicuskatheters im Rahmen der letzten Nerven-Operation habe sich ein Abszess entwickelt. Seit diesem Zeitpunkt bestünden die auch bei der jetzigen Untersuchung demonstrierte Fehllage und Gangstörung des linken Beines. Die im J.____ durchgeführte elektrophysiologische Untersuchung habe keinen Hinweis auf eine Schädigung der beiden Endnerven des Nervus

ischiadicus ergeben, die für die Funktionsfähigkeit der Muskulatur des Beines zuständig seien. Die bei der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunde hätten auch klinisch gezeigt, dass keine Lähmung der betreffenden Muskeln vorliegen würde (S. 1). Daraus leite sich ab, dass aus somatischer Sicht weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Einschränkung der Zumutbarkeit zu begründen sei. Auch sei keine Behandlung auf somatischem Gebiet geeignet, die noch bestehenden Beschwerden zu bessern. Die Behandlung einer funktionellen neurologischen Erkrankung erfordere ein psychosomatisches Behandlungskonzept (S. 2 oben). Eine Integritätseinbuße wegen muskuloskelettaler Unfallfolgen sei nicht zu erkennen. Der Verlust eines Teils des Nervus

peroneus

superficialis und die damit einhergehende Gefühlsstörung auf dem Fußrücken seien nicht erheblich, da sie aufgrund der Ausdehnung und Lokalisation keine wesentliche Einbuße der körperlichen Integrität darstellen würden (S. 4 unten).

3.24

Die Ärzte der S.____ erstatteten am 24. Juli 2015 ein polydisziplinäres Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 13), dies gestützt auf ihr psychiatrisches (Beilage 2), rheumatologisches (Beilage 3) und neurologisches (Beilage 4) Fachgutachten. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 35 Ziff. 6.1) : - neuropathisches Schmerzsyndrom des linken Beines und sensible Ausfälle im Versorgungsgebiet des Nervus

peroneus

superficialis links bei/mit - Status nach Arbeitsunfall mit Kontusion des linken Fußrückens im August 2009 - Röntgen linker Fuß 13. Oktober 2009 ohne Nachweis einer Fraktur - Oktober 2010 Abtragung einer fraglichen Exostose Os cuneiforme mediale links - 22. Januar 2010 oberflächliche Narbenrevision/ Neurolyse

Nervus

peroneus

superficialis links - 21. Juni 2010 Status nach Revision Nervus

peroneus

superficialis links mit Neurolyse -Exzision und Proximalisierung des Nerven stumpfes in die EDL-Sehnenloge - SPECT-CT vom 26. Mai 2010 intakte Abtragungsstelle Oc

cuneiforme mediale links, nur leicht aktiver degenerativer Befund tarsometatarsal links im medialen Lisfranc -Strahl I - 2 8. Oktober 2010 Revision Nervus

peroneus mit Neurolyse und Verlagerung des Nerven nach proximal an die proximale Tibia - Status nach Inzision dorsaler Oberschenkel links und Abszess-Entlastung am 16. November 2010 - 9. Juni 2011 MRI Oberschenkel links ohne lokale entzündliche Weichteilveränderungen

Sie führten aus, dass aus rheumatologisch/neurologischer Sicht ein primär neuropathisches Schmerzsyndrom des linken Beines mit sensiblen Ausfällen im Versorgungsgebiet des Nervus

peroneus

superficialis links im Rahmen der beschriebenen Verletzungen beziehungsweise speziell der nachfolgenden operativen Behandlungen vorhanden sei. In der klinischen Untersuchung finde sich eine sekundäre Schonhaltung des gesamten linken Beines, wodurch die Untersuchbarkeit bezüglich Muskelkraft und Reflexstatus erschwert sei. Es hätten sich jedoch keine sicheren Hinweise auf motorische Ausfälle gezeigt, insbesondere im Hinblick auf die erhaltene Muskeltrophik des linken Beines (S.

37 unten). Obwohl die Schmerzen teilweise nachvollziehbar und begründbar seien, ergäben sich doch auch Hinweise auf Diskrepanzen. So sei zum Beispiel die angegebene schmerzbedingte Schonung des linken Beines nicht mit der erhaltenen Muskeltrophik ohne weiteres in Einklang zu bringen. Beim Gehen an den Krücken halte der Beschwerdeführer den linken Fuss in Spitzfussstellung und gebe an, dass er diese Spitzfussstellung nicht ändern könne. Im Verlauf der rheumatologischen Untersuchung habe sich jedoch eine komplett erhaltene Flexion und Extension der Sprunggelenke gezeigt. Das Streckdefizit im Bereich des linken Knies sei ebenfalls nicht nachvollziehbar (S. 38 oben). Eine rheumatologische Diagnose im spezifischen Sinne lasse sich nicht feststellen. Es scheine, dass sich eine Schmerzausbreitung in das gesamte linke Bein und im Verlauf auch ein generalisiertes Schmerzsyndrom ausgebildet habe. Insgesamt könne mit der interdisziplinären Beurteilung durch die SUVA Versicherungsmediziner eine grosse Übereinstimmung gefunden werden (S. 38 unten). Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten mit längerem Stehen oder Laufen. Für körperlich leichte Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer zeitlich vollständig arbeitsfähig. Aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs sei von einer Leistungsfähigkeit von 80 % auszugehen (S. 39).

3.25

Dr. M. ___ und Dr. R. ___ nahmen am 17. November 2015 Stellung (Urk. 18) zu den Ausführungen im S. ___ -Gutachten (vorstehend E. 3.24) und führten aus, dass die Differenz zwischen dem S. ___ -Gutachten und ihrer Beurteilung in der Einordnung der Schmerzen im linken Bein als neuropathische Schmerzen durch die Neurologin der S. ___ bestehe. Überzeugende Argumente für die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes würden nicht genannt. Die aus neurologischer Sicht wesentlichste Diskrepanz, nämlich die Angabe von Schmerzen und einer Gefühlsstörung explizit im Zehenzwischenraum der Zehen I und II, einem Areal, das nicht vom unfallbetroffenen Nervus

peroneus

superficialis versorgt werde, werde nicht erwähnt und auch nicht beachtet. Aufgrund dieser Angabe des Beschwerdeführers bestünden auch erhebliche Zweifel an der Echtheit der

dargestellten Beschwerden und der kooperationsabhängigen Befunde. Auf die diagnostischen Unsicherheiten beziehungsweise die Diskrepanz zwischen den Beschwerden und den fehlenden objektivierbaren Befunden gehe das neurologische Gutachten nicht ein (S. 3 Mitte). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde nicht mit Argumenten und Befunden begründet. Sie stelle vielmehr auf die Beschwerdeschilderung und Angabe des Beschwerdeführers ab, obwohl in der zusammenfassenden Beurteilung auf die Diskrepanzen hingewiesen werde und eine dauerhafte schmerzbedingte Immobilisation für unwahrscheinlich gehalten werde. Es sei daher nicht nachvollziehbar, wie man aufgrund der Angabe des Beschwerdeführers, die mit objektivierbaren Befunden nicht zu belegen seien, auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf und eine reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit schliessen könne (S. 4 oben). Seitens des chirurgisch-orthopädischen Fachgebietes könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet ebenso wie eventuelle Gesundheitsschäden auf psychiatrischem Fachgebiet keine funktionelle Auswirkung auf die Gebrauchsfähigkeit des linken Beines hätten. Im Endergebnis sei es nicht von Bedeutung, ob ein somatischer Kern der geklagten Beschwerden bestehe oder ob die Beschwerden als Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren interpretiert würden. Eine Auswirkung der diskutierten Krankheitsbilder auf das linke Bein sei nicht nachweisbar (S. 4 unten). Da das linke Bein nachweislich nicht geschont werde, würden sich die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet funktionell nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (S. 5 oben).

4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die ärztlichen Beurteilungen durch die SUVA Versicherungsmediziner vom 9. April 2014 (vgl. vorstehend E. 3. 21-3.23) sowie die ergänzende Stellungnahme vom 17. November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.25) für die Beantwortung der gestellten Frage umfassend sind. Die Beurteilungen berücksichtigen die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und stützen sich ausserdem auf die erhobenen Befunde. Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. So machte die neurologische Versicherungsmedizinerin

Dr. R.____ auf die Hinweise für das Vorliegen einer funktionellen neurologischen (pseudoneurologischen) Störung aufmerksam und führte nachvollziehbar aus, dass sich weder ein mit einer peripheren Lähmung einhergehender Ausfall des entsprechenden Muskeleigenreflexes noch eine Änderung des Muskeltonus finde und auch die demonstrierten Sensibilitätsstörungen im Verlauf der Untersuchung nicht reproduzierbar gewesen seien (Urk. 9/317 S. 9). Weiter legte sie plausibel dar, dass die dargebotene Fehllhaltung und Gangstörung sowie das Schmerzsyndrom des linken Beines organisch neurologisch nicht zu erklären seien und eine weitere Behandlung auf somatischem Gebiet somit zu keiner Besserung der Beschwerden führe (S. 10).

Der orthopädisch-chirurgische SUVA Versicherungsmediziner Dr. M.____

begründete sodann einlässlich und sorgfältig, dass die demonstrierten hochgradigen Bewegungseinschränkungen und die daraus resultierende Funktionslosigkeit des linken Beines orthopädisch-chirurgisch nicht erklärbar seien und sich bei behaupteter

konsequenter Entlastung des linken Beins und behauptet die Inaktivität der Fussheber eine Inaktivitätsatrophie der entsprechenden Muskelgruppen

hätte ausbilden müssen, was vorliegend jedoch nicht der Fall sei (Urk. 9/318 S. 20).

Schliesslich legte er in nachvollziehbarer Weise dar, dass auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet als Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die beschriebenen Narben vorlägen und weitere muskuloskelettale Unfallfolgen nicht ausgewiesen seien (S. 21 oben).

Die ärztlichen Beurteilungen durch die SUVA Versicherungsmediziner entsprechen somit den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (vgl. E. 1.7) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Zudem werden die Beurteilungen der SUVA Versicherungsmediziner

durch die Resultate der elektrophysiologischen Untersuchung im J.____

gestützt (vgl. vorstehend E. 3.13); so konnten neurographisch keine Hinweise auf fassbare Nervenläsionen des Nervus

tibialis oder des Nervus

peroneus links festgestellt werden und das nicht erhältliche sensible Nervenaktionspotential des Nervus

peroneus

superficialis wurde auf die Neurolyse am Fuss zurückgeführt. 4.2

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte,

aufgrund der Ausführungen im S.____-Gutachten könne nicht auf die Beurteilung durch die SUVA Versicherungsmediziner abgestellt werden, vermag dies nach dem Gesagten nicht zu überzeugen.

So zeigten die SUVA Versicherungsmediziner in ihrer Stellungnahme (vgl. vorstehend E. 3.25) in nachvollziehbarer Weise die Differenz zwischen dem S.____-Gutachten und der eigenen Beurteilung auf und machten darauf aufmerksam, dass die S.____-Gutachter keine überzeugenden Argumente für die von ihnen gestellte Diagnose eines neuropathischen Schmerzes genannt hätten. Weiter sei von den S.____-Gutachtern die aus neurologischer Sicht wesentlichste Diskrepanz, die Angabe von Schmerzen in einem Areal, das nicht vom unfallbetroffenen Nerv versorgt werde, weder erwähnt noch beachtet worden. Wie die SUVA Versicherungsmediziner richtig festhielten, gehen die S.____-Gutachter auf die diagnostischen Unsicherheiten beziehungsweise die Diskrepanz zwischen den Beschwerden und den fehlenden objektivierbaren Befunden ebenfalls nicht ein. Zumal die S.____-Gutachter ausdrücklich und mit den SUVA Versicherungsmedizinern übereinstimmend festhielten, dass die angegebene schmerzbedingte Schonung des linken Beines nicht mit der erhaltenen Muskeltrophik in Einklang zu bringen sei, erscheint die von den S.____-Gutachtern vorgenommene Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Diesbezüglich wird von den S.____-Gutachtern nicht näher ausgeführt, wie sie aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers, die mit den objektivierbaren Befunden nicht zu belegen sind, auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit schliessen konnten. Abschliessend stellten die SUVA Versicherungsmediziner richtigerweise fest, dass es im Endergebnis nicht von Bedeutung sei, ob ein somatischer Kern der geklagten Beschwerden bestehe oder ob die Beschwerden als Schmerzstörung interpretiert würden.

Eine Auswirkung der diskutierten Krankheitsbilder auf das linke Bein seien nicht nachweisbar.

Nach dem Gesagten vermag das S.____ -Gutachten die Beurteilung der SUVA Versicherungsmediziner nicht umzustossen. Auch die Einwände des Beschwerdeführers, wonach auf die Beurteilungen der Ärzte des A.____ abzustellen sei, vermögen nicht zu überzeugen. So kann den Beurteilungen der Ärzte des A.____ entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers in Bezug auf den vorliegend relevanten Zeitpunkt ab Mitte Mai 2014 nichts Relevantes mehr entnommen werden.

Die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind unbehelflich und weitere substantiierte Einwände brachte er nicht vor. 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf die überzeugenden, nachvollziehbaren und ausführlich begründeten Einschätzungen durch die SUVA Versicherungsmediziner abzustellen und somit von einer vollen Arbeitsfähigkeit per 14. Mai 2014 auszugehen ist. 5. 5.1

Ob die geklagten psychischen Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat zugrunde liegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen, kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist

anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen.

Da im vorliegenden Fall gemäss den medizinischen Akten weder eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) noch eine schleudertraumaähnliche Verletzung ausgewiesen ist, hat die Prüfung der Adäquanz nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien zu erfolgen (vgl. vorstehend E. 1.5 -1.6). 5.2

Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts 8C_356/2007 vom 11. Juni 2008, E. 6.1).

Betreffend den Unfallhergang ist der Unfallmeldung vom 14. Oktober 2009 (Urk. 9/1) einzig zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer eine Büchse auf den Fuss gefallen sei (Ziff. 6).

Anlässlich der Besprechung zwischen der SUVA-Mitarbeiterin und dem Beschwerdeführer vom 3. Februar 2010 gab der Beschwerdeführer zum Unfallhergang an, er habe

aus dem Regal in der zweiten Etage ein Pack zu 6 Dosen entnehmen wollen, wobei ihm beim Kippen oder etwas später eine Dose von zirka 1-2 kg aus einer Höhe von zirka 2 Meter genau auf seinen linken Fuss gefallen sei. Er habe dabei Stahlkappenschuhe getragen, wobei die eigentliche Stahlkappe jedoch nur bis zum Rist reiche. Angesichts der Beschreibung des Unfallherganges ist der Beschwerde gegnerin folgend (vgl. Urk. 2 S.

E. 12

) davon auszugehen, dass es sich hier bei um ein Unfallereignis von leichter Schwere handelt, zumal auch in den späteren medizinischen Berichten von einem Gewicht der Dose

von 1-2 kg ausgegangen wird. Die Adäquanz der geklagten Beschwerden ohne organisches Korrelat kann somit grundsätzlich verneint werden. Der Vollständigkeit halber wird nachfolgend kurz aufgezeigt, dass die Adäquanz selbst bei Annahme eines Unfallereignisses von mittlerer Schwere zu verneinen wäre.

5.3

Vorliegend sind weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindruckslichkeit des Unfalls ersichtlich. Zu urteilen ist hierbei objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers (Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.2 mit Hinweisen). Der Unfall vom 17. August 2009 spielte sich nach Lage der Akten weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ab, noch war er besonders eindrücklich. So brachte der Beschwerdeführer seine letzte Tour trotz der sofort verspürten Schmerzen zu Ende. Während rund eines Monats versuchte der Beschwerdeführer mittels Kühlung und Salbenbehandlung das Hämatom selbstständig zu lindern. Einen Arzt suchte er erst am 16. September 2009 auf (vgl. vorstehend E. 3.2). Es waren somit keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung dieses Kriteriums gestatten würden.

Der Beschwerdeführer erlitt beim Ereignis

keine schweren oder besonders gearteten Verletzungen. Zwar bildete sich nach der Kontusion des linken Fussrückens eine Exostose, welche sodann im Oktober 2010 operativ abgetragen wurde. Im Januar, Juni und Oktober 2010 folgten sodann je eine Revision mit Neurolyse des Nervus

peroneus

superficialis, wobei sich nach der letzten Operation ein Abszess bildete, welcher im November 2010 entlastet wurde. Im Anschluss an den Unfall und die Operationen litt der Beschwerdeführer an Bein- und Kniebeschwerden. Doch ergaben die nach den operativen Versorgungsdurchgeführten Untersuchungen keine relevanten Befunde und das vorliegende Krankheitsbild wurde als funktionell neurologisch, also als neurologisch imponierende Symptome, die einer organischen neurologischen Grundlage entbehren, klassifiziert.

Die erlittene Verletzung ist erfahrungsgemäss denn auch nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen sind im Rahmen dieses Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fand nebst der operativen Versorgung sowie einer medikamentösen Schmerzbehandlung ein Versuch einer teilstationären integrierten neurologischen und psychotherapeutischen Behandlung in den Kliniken O.____ statt, welche aufgrund der Incompliance des Beschwerdeführers jedoch abgebrochen wurde (vgl. vorstehend E. 3.17). Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht.

Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann angesichts der vom Beschwerdeführer durchwegs angegebenen Beschwerden im linken Fuss als erfüllt betrachtet werden, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer jederzeit adäquat behandelt, an jeweilige Spezialisten überwiesen und umfassend medizinisch betreut. Auch der Heilungsverlauf war gut.

Zum Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer

gemäss den SUVA Versicherungsmedizinern (vgl. vorstehend E. 3.23) eine ganztägige Tätigkeit zumutbar ist. Somit sind der Grad sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht dermassen hoch, als das Kriterium als erfüllt zu betrachten wäre. 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass lediglich eines der

gemäss Rechtsprechung massgebenden Kriterien erfüllt ist, dies jedoch nicht besonders ausgeprägt, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom

E. 17

. August

E. 20

09 und den geklagten psychischen Beschwerden

zu verneinen ist. Eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für psychische Beschwerden dafür ist folglich zu verneinen, weshalb auch auf weitere psychiatrische Abklärungen verzichtet werden kann. 5.5

Nach Gesagtem erweist sich die Verneinung weiterer Versicherungsleistungen und damit der angefochtene Entscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat gemäss der eingereichten Aufstellung vom 19. Januar 2016 (Urk. 21) Aufwendungen von 9.58 Stunden im Jahr 2014 und 6.75 Stunden im Jahr 2015 sowie Barauslagen im Gesamtbetrag von Fr. 68.-- gehabt. In Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- für das Jahr 2014 und von Fr. 220.-- für das Jahr 2015 und unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 8% beläuft sich damit die Entschädigung, die dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auszurichten ist, auf Fr. 3'746.50. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Ivo Wiesendanger, Winterthur, wird mit Fr. 3'746.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Wiesendanger - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schüpbach

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