

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00152

vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00152

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00152 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00152 del 31 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2).

E. 1.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invaliden rente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss.

E. 1.3

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts , ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung 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).

E. 1.4

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädige 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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).

E. 1.6

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). 1. 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).

Die Rechtsprechung, wonach das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von der Einschätzung der medizinischen Experten abweicht, hat den Beweiswert von Gerichtsgutachten zum Gegenstand und findet auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen keine Anwendung. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. (BGE 123 V 331 E. 1c mit Hinweisen).

Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann

allerdings nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_535/2015 vom 21. März 2016 E. 2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid vom 23. Juni 2015 davon aus, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden (Halswirbelsäule , HWS, und Lendenwirbelsäule, LWS) und den Unfällen vom 16 .

April und 28. Oktober 2011 nicht nachgewiesen und deshalb mit Verfügung vom Mai 2013 verneint worden sei (Urk. 2 S. 4 ff.). Betreffend die Beschwerden am rechten Fuss seien die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 9 . September 2013 ebenfalls einzustellen;

die früher ausgeübte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin bei vollem Leistungspensum uneingeschränkt zumutbar, weshalb eine unfallbedingte Erwerbseinbusse und ein Rentenanspruch zu verneinen seien (S. 6 ff.). Es könne auch nicht von einem erheblichen Schaden gesprochen werden, weshalb kein Anspruch auf Ausrichtung einer Integritätsentschädigung bestehe (S. 8 ff.). In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. September 2015 hielt die Beschwerdegegnerin an diesen Vorbringen fest (Urk. 6). 2. 2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen in ihrer Beschwerde vom 25. August 2015 (Urk. 1) im Wesentlichen ein, dass auf das Gutachten des Z.____ vom

20. Oktober 2014 nicht abgestellt werden könne (Ziff. 4 ff. S. 6 ff.). Sie machte eine unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigung beim rechten Fuss sowie Rückenbeschwerden im Zusammenhang mit den Unfällen vom 16. April und 28. Oktober 2011 (Rückfall) geltend (Zusammenfassung Ziff. 8 S. 10). Die Unfallverletzungen seien nicht folgenlos abgeheilt ,

weshalb auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen sei . Da den Z.____-Gutachtern diese Frage nicht unterbreitet worden sei , könne auf den entsprechenden Kreisarztbericht nicht abgestellt werden (Ziff. 7 S. 9). 2.3

Mit Blick auf den Streitgegenstand ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf die anlässlich des Unfalles vom 28. Oktober 2011 zugezogene Knieverletzung links mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Einspracheentscheid vom 8. Januar 2013 für die Zeit ab 1. November 2012 verneint hat (Urk. 7/28). Damit muss es sein Bewenden haben, weshalb die im Zusammenhang mit dem

linken Knie erwähnten Beschwerden im Folgenden ausser Acht zu bleiben haben.

3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Chirurgie, berichtete im Operationsbericht vom 16. Juni 2011 (Urk. 8/11) über eine gleichentags durchgeführte Sprunggelenk -Arthroskopie am rechten Fuss mit Meniskoidresektion, Ganglionexstirpation

tibial und ventraler Teilsynovialektomie. Als Operationsindikation gab er an, die Beschwerdeführerin leide seit einem Ausrutscher auf der Treppe in Supinationsstellung des Fusses Mitte April 2011 unter einem steten Belastungsschmerz medial und weniger lateral sowie Blockadeempfindungen ventral bei starker Flexion und einer Restschwellung nahe dem Tub. Gerdy. Im Arthro-MRI hätten sich eine isolierte Ruptur des Ligamentum fibulotalare

anterius mit Ausbildung eines intraossären Ganglions an der vorderen Tibiakante sowie Anzeichen einer synovialen Falte ähnlich einem posttraumatischen Meniskoid gezeigt.

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 7. Juli 2011 erwähnte

Dr. A.____

ein drohen des CRPS I (Urk. 8/10). Am 22. August 2011 (Urk. 8/15) diagnostizierte er nebst den bisher genannten Diagnosen ein CRPS I. Er führte hierzu aus (soweit leserlich): „Schwellung Hypothermie: CRPS I“. Am 9. Dezember 2011 gab Dr. A.____ an (Urk.

8/30), eine 50%iger Arbeitsversuch vom 25. Oktober bis 1. November 2011 habe wegen Mehrbeschwerden des CRPS abgebrochen werden müssen. Zusätzlich bestehe ein Rotationstrauma beim linken Knie durch Stollen mit MCL-Zerrung, ohne Meniskusläsion. Als unfallfremde Faktoren nannte er eine periphere Polyneuropathie (Urk. 7/15) sowie eine Adipositas (Urk. 7/30). 3.2

Am 13. März 2012 berichtete der Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, nach einer gleichentags erfolgten Untersuchung (Urk. 8/44). Er schilderte zunächst den bisherigen aktenmässigen Verlauf, die Angaben der Versicherten sowie die von ihm erhobenen Befunde. In seiner Beurteilung gab er an, dass bei der Beschwerdeführerin ein Schmerzsyndrom beim rechten Fuss bestehe, nachdem sie sich eine Ruptur des Ligamentum fibulotalare

anterius mit Ausbildung eines Meniskoid syndroms

zu gezogen habe und am 16. Juni 2011 eine OSG-Arthroskopie mit Meniskoidresektion (und zusätzlicher Entfernung eines enossalen Ganglions tibial) durchgeführt worden sei. Zudem bestehe möglicherweise ein CRPS I, wobei auffallend sei, dass im gesamten Verlauf lediglich einmalig die handschriftliche Angabe „Schwellung und Hypothermie“ dokumentiert sei und zum aktuellen Zeitpunkt kein Befund erhoben werden könne, der ein CRPS bestätige. Es sei in der Vergangenheit kein differenzierter klinischer Befund beschrieben und keine Diagnostik durchgeführt worden, die das CRPS in einer Weise bestätigt hätten, dass man dies auch nachvollziehen könne. Insofern habe er etwas Mühe, eindeutig ein CRPS nachzuvollziehen, zumal auch typische Folgen, wie relevante Bewegungseinschränkungen am rechten Fuss oder Atrophien des Weichteilgewebes gegenwärtig nicht vorliegen würden. Insgesamt müsse jedoch zunächst zumindest von einer Arbeitshypothese eines Morbus Sudeck weiter ausgegangen werden, das entsprechend den klinisch fassbaren Symptomen deutlich rückläufig sei.

Der Verlauf in den letzten drei Monaten sei bezüglich der Wiedererlangung der Belastbarkeit und Rückgang von noch bestehenden belastungsabhängigen Symptomen unbefriedigend. Er habe der Beschwerdeführerin deswegen eine intensivere Behandlung im Rahmen einer stationären Rehabilitationsbehandlung in der Klinik C.____ vorgeschlagen. Die Versicherte sei jedoch der Ansicht, dass es ihr wegen der Kinderbetreuung nicht möglich sei, eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchzuführen. Als Alternative empfahl Dr. B.____ eine Intensivierung der physiotherapeutischen Behandlung, eine adäquate Lymphtherapie in Ergänzung mit einer Kompressionsbehandlung und eine zusätzliche analgetische Behandlung zur antientzündlichen Behandlung. Falls diese Behandlungsmassnahmen umgesetzt würden und weiterhin ein stagnierender Verlauf vorhanden sei, empfehle er die Vorstellung in einer Fussprechstunde, zum Beispiel in der Klinik D.____.

Aktuell sei eine Steigerung der derzeit von zu Hause aus durchgeführten Bürotätigkeiten von 30 % auf zirka 60 % sicherlich gut möglich und könne je nach Verlauf dann weiter gesteigert werden. Sobald eine Fahrtauglichkeit wie der erlangt werde, wäre diese Tätigkeit natürlich auch am Arbeitsplatz beim Y.____ möglich. 3.3

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 13. Juni 2012 (Urk. 8/68) nannte Dr. A.____ nach einer letzten Konsultation vom 17. April 2012 die Diagnosen Status nach CRPS I nach arthroskopischer

Meniskoidresektion nach OSG-Bandläsion rechts; MCL-Zerrung am linken Knie ohne Binnenläsion. Zudem wies er auf eine unklare sensible Polyneuropathie hin, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflusse. 3.4

Im Bericht vom 21. August 2012 des Zentrums für Paraplegie der D.____ an die Assistenzärztin der Abteilung Orthopädie, Dr.

med. E.____

(Urk. 8/93),

gaben der leitenden Arzt PD Dr. med. F.____, Facharzt Neurologie, sowie Dr. med. G.____, Oberärztin i.V., Fachärztin Neurologie, an, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein normaler neurologischer Untersuchungsbefund.

Als Ursache für die Kribbelparästhesien an Händen und Füssen nannten sie einen Verdacht auf eine Small Fiber Neuropathie, möglicherweise bei prädiabetischer Stoffwechsellage, während sich für die Schmerzen im OSG rechts keine neurogene Ursache finden liess. Aus den Fremddakten (Arztbrief H.____ 2010) und der Anamnese sei ersichtlich, dass zahlreiche und umfangreiche Voruntersuchungen stattgefunden hätten. Hinsichtlich der Beschwerden in Knie und Fussplane die Beschwerdeführerin eine weitere Betreuung in der Klinik I.____. Ratsam wäre ein Hausarzt, der die umfassenden Vorbefunde zusammenstellt und gesamthaft wertet, um der Beschwerdeführerin weitere Arztwechsel und eingreifende Diagnostik zu ersparen. 3.5

Im Bericht der D.____, Orthopädie, vom 24. August 2012 (Urk. 8/82) nannten Dr. med. J.____, Oberarzt, und Dr. E.____ die Diagnosen OSG-Instabilität rechts bei einem Status nach einem Treppensturz am

16. April 2011, einem Status nach einem möglichem CRPS I, einem Status nach einer am 16. Juni 2011 durchgeführten Sprunggelenksarthroskopie mit Meniskoidresektion und

Ganglionexstirpation

tibial sowie ventraler Teilsynovialektomie bei tibialen

enossalem Ganglion OSG rechts (Dr. A.____) sowie einem Verdacht auf eine posttraumatische subtalare - und OSG - Arthropathie und Fasciitis

plantaris und einer Small fibre Neuropathie. Die Berichterstatter gaben an, es bestehe bei der Beschwerdeführerin eine komplexe Situation mit einer OSG-Instabilität, die durch die Schiene etwas verbessert werden könne. Das fehlende Ansprechen auf die sequenzielle Infiltration des OSG und USG spreche gegen ein operatives Vorgehen, so dass mit der konservativen Therapie weitergefahren werde. Eine erneute Kontrolle findet in drei Monaten statt. Bezüglich einer Operation und Raffung der Ligamente seien sie eher zurückhaltend eingestellt unter anderem auch bei einem Status nach CRPS. 3. 6

Am 1. November 2012 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik für Unfallchirurgie des K.____ am rechten Fussgelenk operiert (diagnostische OSG-Arthroskopie; laterale Bandrekonstruktion OSG rechts in modifizierter Broström -Gould-Technik mit 3 Mini Bio-SutureTak 2.4 mm Fiberwire

Arthrex , Urk. 8/110). Am 11. Januar 2013 (Urk. 8/121) berichteten die Operateure von einem erfreulichen Heilungsverlauf, mit dem auch die Beschwerdeführerin subjektiv sehr zufrieden sei. Sie hätten die sie dahingehend instruiert, dass ab sofort sukzessive eine Belastungssteigerung bis zur Vollbelastung in zwei Wochen möglich sei.

Im Bericht vom 28. Februar 2013 (Urk. 8/133) gaben die Operateure an, die Beschwerdeführerin klagt über persistierende Schmerzen im Bereich des rechten OSG, es seien hauptsächlich Belastungsschmerzen , aber auch Nachtschmerzen. Eine Instabilität werde nicht mehr angegeben. Eine mögliche Ursache der Beschwerden seien die bereits arthroskopisch festgestellten Knorpelschäden. Die Beschwerdeführerin sei bis zur nächsten Kontrolle am 22. April 2013 weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig , grundsätzlich wäre jedoch eine Beurteilung durch den SUVA-Kreisarzt sinnvoll. Im Bericht vom 22. April 2013 gaben die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des K.____ an (Urk. 8/147) , neu seien im März 2013 radikuläre Schmerzen beider Arme aufgetreten, hier werde die Beschwerdeführerin bei akutem zervikoradikulärem Reizsyndrom C7 rechtsbetont durch die Kollagen der Rheumatologie betreut. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für stehende und gehende Tätigkeiten. 3. 7

Im Bericht vom 6. Juni 2013

(Urk. 8/158) gaben Dr. med. L.____ und Oberärztin Dr. med. M.____ , Rheumaklinik K.____ , die folgenden Diagnosen an: 1.

Cervicoradikuläres Reizsyndrom C7 rechts mit/bei - wahrscheinlich akzentuiert durch chronische Stockentlastung für den linken Fuss - Hyperlaxizität (Beighton -Score 8/9 Punkten) - klinisch: -

mehrsegmentale Dysfunktion der unteren HWS nach rechts, myofasziale Befunde -

Motorik: am rechten Arm generalisiert M4-5, DD Schmerzhemmung -

Sensibilität: diffus reduziert am gesamten rechten Arm mit Zunahme der Sensibilitätsstörung nach distal -

MER sym metrisch - MRI HWS 04/2013: Diskushernie C6/7 mit Kompression C7 bds
foraminal, re
> li 2.

Status nach OSG-Distorsion rechts nach Treppensturz vom 16.04.2011 mit: - initial konservativer Therapie und bei Beschwerdepersistenz OSG-Arthroskopie rechts am 16.06.2011 mit Meniskoidresektion und Ganglionexstirpation - Entwicklung eines CRPS Typ I im postoperativen Verlauf - Status nach diagnostischer OSG-Arthroskopie rechts; laterale Bandrekonstruktion OSG rechts in modifizierter Broström-Gould-Technik am 01.11.2012 bei chronischer OSG-Instabilität mit Insuffizienz des lateralen Kapselbandapparates mit Verdacht auf beginnende OSG-Arthrose, intermittierende Blockaden, DD instabilitätsbedingt, freie Gelenkkörper, Vernarbungen - Fasziitis plantaris rechts 3.

Status nach Knieinstabilität links vom 28.10.2011 mit: - persistierende vordere Knieschmerzen, DD symptomatische Plica medial und lateral, DD Patellainstabilität

Dr. L. ___ und Dr. M. ___ gaben an, es würden keine Sprechstundenberichte vorliegen, da sich die Beschwerdeführerin am 17. März 2013 selbst in die Notfallsprechstunde zugewiesen habe. Es bestehe eine Druckdolenz über dem Prozessus

coracoideus rechts, die Schulter sei jedoch aktiv und passiv frei beweglich. Die Rotation der Halswirbelsäule nach rechts sei zu 2/3 schmerzhaft eingeschränkt, im Bereich der unteren HWS stärker als im Bereich der oberen HWS. Die Prüfung sei bei aktivem Gegenspannen schwierig. Es bestünden zudem ausgeprägte myofasziale Befunde im Nacken-/Schulterbereich beidseits mit jedoch nicht klar auffindbaren

Triggerpunkten. Unter der etablierten Analgesie inklusive starken Opiaten und der Fortführung der Physiotherapie zwei- bis dreimal die Woche hätten sich bisher nur kleine Fortschritte gezeigt. Aufgrund der familiären Situation lehne die Beschwerdeführerin bisher eine stationäre Rehabilitation zur Intensivierung der Physiotherapie ab. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 17. März bis am 31. Juli 2013 ausgestellt (vgl. Urk. 8/181/4-5) worden. Die nächste Kontrolle sei für Anfang Juli 2013 geplant. 3. 8

Im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2013 (Urk. 8/159) gab Dr. B. ___ an, die Beschwerdeführerin habe über ein Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Fußes berichtet, das selbst unter einer Opiattherapie, die aus anderen Gründen durchgeführt werde, unter Belastung massive Schmerzen (VAS 8) beinhalte. Es werde ein nicht nachvollziehbares Gangbild mit Abspreizen des rechten Beines und Gehen über die Aussenkante unter Tragen eines

Softcast Stützverbandes gezeigt. Ob die Schmerzen und das auffällige Gehen sowie die von der Versicherten geschilderten Schwierigkeiten, die Fußstellung zu kontrollieren, auf die neurologische Begleiterkrankung, die zumindest beidseitig und nicht nur an den Füßen, sondern auch an den Händen Kribbelparästhesien und Missempfindungen hervorrufe, zurückzuführen sei, sei möglich und müsse eventuell neurologisch beurteilt werden. Es sei allerdings nicht vorstellbar, dass bei klinisch gutem Verlauf nach Bandrekonstruktion und nur geringfügigen Knorpelveränderungen dieser Beschwerdekomples als Folge des Unfallgeschehens zu sehen sei. Hinweise für ein CRPS würden weiterhin nicht vorliegen. Aktuell seien bezüglich der Unfallfolgen am rechten OSG keine weiteren therapeutischen

Massnahmen indiziert . 3. 9

In der ärztlichen Beurteilung vom 1. Juli 2013 (Urk. 8/1 6 3) gab der SUVA-Kreisarzt Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, an, die Halswirbelsäulenbeschwerden seien erstmalig am 17. März 2013 in einem Bericht der Rheumatologischen Klinik des K.____ erwähnt worden, also ziemlich genau zwei Jahre nach dem Unfallereignis. Das MRI der HWS vom 20. März 2013 (vgl. Urk. 8/158/3) zeige multiple degenerative Veränderungen aber keine Unfallfolge. Medizinisch sei überhaupt nicht begründbar, dass ein Sturz auf der Treppe mit Distorsion des rechten Fusses zu einer Verletzung der HWS geführt haben sollte, die während zwei Jahren stumm geblieben sei, um dann erstmalig zwei Jahre nach einer Fussverletzung Beschwerden zu verursachen. Die Vorstellung, dass hier Unfallfolgen vorliegen würden, widerspiegeln eher das Erklärungsbedürfnis der Fusspezialisten des K.____ einer anspruchsvollen Patientin gegenüber. Mit rein medizinisch sachlichem Denken und mit der Anwendung der gängigen versicherungsmedizinischen Kausalitätsüberlegungen könne hier kein Zusammenhang hergestellt werden, der über die blosser Möglichkeit hinausgehe. 3.10

Am 18. Juni 2013 gaben die Ärzte der Unfallchirurgie am K.____

(Urk. 10/167) an, bei stabilen Verhältnissen ohne Verbesserung der Schmerzen könne momentan mit orthopädisch-chirurgischen Methoden keine weitere Verbesserung erzielt werden. Es werde weiterhin eine intensive Physiotherapie zum Aufbau der Muskulatur empfohlen, zudem werde zur Verbesserung der Propriozeption ein Rezept für spezielle Schuheinlagen zur Stimulation des Längsgewölbes mitgegeben. Es erfolge diese Woche eine kreisärztliche Untersuchung zur Einstufung der Arbeitsfähigkeit. Aus ihrer Sicht sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für stehende und gehende Tätigkeiten vorhanden. 3.1 1

Am 7. August 2013 führte der Kreisarzt Dr. B.____ ergänzend aus (Urk.

8/173), Folgen eines CRPS, sollte es vorhanden gewesen sein, seien auch dem aktuellsten Bericht der Fachkollegen des K.____ nicht zu entnehmen. Da s

anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2013 beschriebene Gangbild könne nicht den Unfallfolgen zugeordnet werden. Er könne dieses extreme Gangbild, das von der Versicherten als Unfallfolge empfunden werde, auch mit den relativ undifferenzierten Angaben des mittlerweile eingegangenen Physiotherapieberichts (vgl. Urk. 8/168) nicht weiter erläutern und nach wie vor auch nicht als Unfallfolge einschätzen. Weiter Behandlungsmassnahmen seien nicht sinnvoll; die zuletzt noch von der Unfallchirurgie des K.____ verordnete sensomotorische Schuheinlage könne nicht mit Unfallfolgen begründet werden. Alle Fakten zusammengenommen könne der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit, wie sie in seinem Bericht vom 13. März 2012 (vgl. E. 3.2 hievore) beschrieben werde, bezüglich Unfallfolgen jetzt wieder vollumfänglich und ohne Einschränkungen zugemutet werden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien alle Tätigkeiten ganztags zumutbar ausser repetitives oder längerdauerndes Einnehmen einer Hockstellung und Tragen von Lasten von über 15 Kilogramm über Treppen. Zudem sollten beim Besteigen von Leitern und Gerüsten keine zusätzlichen Lasten getragen werden.

Dr. B.____ gab des Weiteren an, es bestünden keine posttraumatischen Veränderungen, die einen entschädigungspflichtigen Integritätsschaden beinhalten würden. Sollten sich ausgeprägte sekundäre Gelenkveränderungen des OSG rechts nachweislich einstellen,

müsse das Vorliegen eines Integritätsschadens nochmals geprüft werden (vgl. auch Urk. 8/185) . 3.12

Am 1. Juli 2014 gaben die Unfallchirurgen des K.____

nach einer Konsultation am 30. Juni 2014 (Urk. 8/189) an, dass die Beschwerdeführerin im März 2014 das OSG erneut traumatisiert habe mit nun wieder vermehrter Instabilität . Das OSG rechts präsentierte sich ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung. Es bestehe keine Hypertrichose. Weiterhin bestehe Druckdolenz . Zudem liege mitt lerweile wiederum eine etwas vermehrte Aufklappbarkeit im Vergleich zur Ge genseite vor bei insgesamt sehr laxen Bandverhältnissen auch links. Aktuell und aufgrund der komplexen Vorgeschichte werde eine konservative Behand lung favorisiert. Es werde ein orthopädischer Serienschuh mit seitlicher Abstüt zung zur Stabilisation rezeptiert. Zudem sei unverändert eine baldige vertrau ensärztliche Beurteilung beziehungsweise Festlegung der Arbeitsunfähigkeit seitens der SUVA wünschenswert, was bin anhin noch nicht erfolgt sei. 3. 1 3

Die Gutachter des Z.____ stellten in ihrer Expertise zuhanden der IV-Stelle und der SUVA in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. O.____ , FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallführung), Orthopädie (Dr. med. P.____ , FMH Orthopädische Chirurgie), Neurologie (Dr. med. Q.____ , Facharzt für Neurologie) und Psychiatrie (Dr. med. R.____ , FMH Psychiatrie und Psycho therapie) vom 20. Oktober 2014 (Urk. 8/198/1-34) nach Untersuchungen am

18. und 19. August 2014 die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 f.):] 1.

Chronische, vorwiegend belastungsabh ängige Rückfusschmerzen rechts - diskret vermehrter Talusvorschub und fraglich leicht vermehrte Aufklappbarkeit des unteren S prunggelenkes bei allgemeiner B andlaxität - Status nach diagnostischer OSG-Arthroskopie mit Meniskoidresektion und Ganglion extirpation am 16. Juni 2011 und nach Rearthroskop ie sowie offener lateraler Band plastik

am 1. November 2012

- Status

nach Rückfuss-Distorsionstrauma bei Treppensturz vom 16. April 2011 - anamnestisch postoperatives CRPS Typ I , aktuell diesbe züglich unauffälliger Be fund 2.

Chronische, belastungsabhängige Knie schmerzen links - klinischer Verdacht auf beginnende deg enerative Veränderungen - Status nach Arthroskopie mit wahrscheinlich Gelenktoilette etwa 1994 ohne nä here di esbezügliche Unterlagen - aktuell kein Hinweis auf ein akutes Geschehen mit Ergussbildung, Rötung oder Überw ärmung

Zudem gaben sie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähig keit an : 1.

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - zerviko zephales Syndrom ohne Anh alt für radikuläre oder medullär e

Beteiligung (MRI 03/2013) - Verdacht auf funktionelle Hemihypästhesie bei früherem aber nicht weiter bestä tigttem Verdach t auf Multiple Sklerose - an amnestisch Migräne - anamnestisch Verdacht auf Small- F ibre -Neuropathie - anamnestisch multilokuläres Schmerzsyndrom mit Bevorzugung der linken Seite, auf orthopädischer Ebene nicht näher zuzuordne n 2.

Arterielle Hypertonie - unter medikamentöser Behandlung kompensiert 3.

Adipositas (BMI 36 kg/m²) 4.

Anamnestisch allergisches Asthma bronchiale - aktuell unter Inhalationsbehandlung klinisch und subjektiv beschwerdefrei

Der orthopädische Untersucher berichtete, insgesamt wirkten die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin wenig strukturiert und es entstehe der Eindruck einer Ganzkörperproblematik, ohne dass dabei einzelne Lokalisationen eine übermässige Rolle spielen würden. Die Beschwerdeführerin habe dazu erwähnt, dass man auch eine psychische Ursache ihrer Problematik in Betracht gezogen habe. Die aktuell behandelnden Ärzte seien allerdings der Überzeugung, dass es sich ausschliesslich um organisch bedingte Beschwerden handle (S. 17).

Zusammenfassend hätten sich auf orthopädisch-traumatologischer Ebene anlässlich seiner Untersuchung nur relativ geringe pathologische Befunde ergeben. So seien die Restbeschwerden am rechten Fuss als Folge der erlittenen Distorsionstraumata und der beiden durchgeführten Operationen zwar plausibel, ohne dass sie jedoch die von der Beschwerdeführerin angegebene hochgradige Einschränkung zu begründen vermöchten. Auch am linken Knie sei bereits eine arthroskopische Operation durchgeführt worden, so dass gewisse degenerative Veränderungen daselbst denkbar seien. An beiden genannten Lokalisationen würden sich aber keine Hinweise auf ein akutes Geschehen ergeben, das grössere Einschränkungen begründen würde. Als wesentlicher negativer Einfluss auf die Situation an den Beinen sei sicherlich das stark erhöhte Körpergewicht der Beschwerdeführerin zu benennen, das zu einer konstanten intrinsischen Überlastung vor allem der unteren Körperhälfte führe, die nicht selten von chronischen Beschwerden begleitet werde (S. 21 f.).

Nach dem Ereignis im April 2011 sei initial eine volle Arbeitsunfähigkeit eingetreten und es sei im Verlauf zu einer Verzögerung der Heilung gekommen. Dennoch wäre es aus heutiger Sicht zu erwarten gewesen, dass spätestens ein Jahr nach dem Unfall zumindest für Tätigkeiten gemäss dem formulierten Belastungsprofil wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Im Zusammenhang mit dem Eingriff im November 2012 sei wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten eingetreten, die beim dokumentierten Verlauf für Tätigkeiten gemäss dem geschilderten Belastungsprofil jedoch für höchstens 6 Monate begründbar sei. Danach dürfe von einer vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten ausgegangen werden. Anhand eigener Befunde könne diese Einschätzung jedenfalls zumindest seit dem Untersuchungszeitpunkt bestätigt werden (S. 22).

Der orthopädische Gutachter bemerkte weiter, die Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin sei sehr umfangreich und umfasse nahezu sämtliche Körperregionen, ohne dass aber auf Ebene des Bewegungsapparates im engeren Sinn Hinweise auf ein generalisiertes Leiden vorliege. Ob sich ein solches auf neurologischer Ebene finden lasse, sei dem entsprechenden fachärztlichen Teilgutachten zu entnehmen. Aus seiner Sicht entstehe der Eindruck, als ob die Gesamproblematik stark durch nichtorganische Faktoren überlagert werde, wie dies bereits in der Vergangenheit wiederholt postuliert worden sei, wofür aber im Wesentlichen die Angaben des psychiatrischen Kollegen massgebend seien (S. 23).

Bei der neurologischen Untersuchung wurde ein zervikozephal

Schmerzsyndrom ohne Hinweise für eine radikuläre Symptomatik diagnostiziert. Für die übrigen Beschwerden mit Hemihypästhesie sowie für den früheren Verdacht auf eine Multiple Sklerose und eine Small Fibre -Neuropathie hätten sich klinisch keine konkreten Hinweise gefunden. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 26).

Der psychiatrische Teilgutachter diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, der er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass. Er stellte keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich aus geprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sei die Prognose aber un günstig (S. 15).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung legten die Gutachter in Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin betreffend das organische Substrat der Gesundheitsschäden und deren Kausalität zum Unfall vom 16. April 2014 dar, es bestehe ein überwiegend wahrscheinlicher teilkausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 16. April 2011 und der Problematik am rechten Rückfuss, soweit sie sich organisch erklären lasse (S.

31). Am rechten Rückfuss liessen sich ein leicht vermehrter Talusvorschub und eine fraglich leicht vermehrte Aufklappbarkeit des unteren Sprunggelenkes bei allgemeiner Bandlaxität objektivieren. Dies stelle im Grundsatz ein objektivierbares Korrelat für gewisse Restbeschwerden dar. Allerdings könne das von der Beschwerdeführerin angegebene Ausmass der Schmerzen dadurch nicht ausreichend erklärt werden und es entstehe der Eindruck einer deutlichen nichtorganisch bedingten Überlagerung. Dies zeige sich auch dadurch, dass die Problematik am rechten Rückfuss bei den anamnesticen Beschwerdeangaben der Explorandin, die nahezu den ganzen Körper betreffen würden, keinen für die Untersucher erkennbare „Sonderrolle“ einnehme.

Im Sinne von medizinischen Massnahmen empfahlen die Gutachter eine Gewichtsreduktion, ein kräftigendes Training sowie eine medikamentöse beziehungsweise psychotherapeutische Behandlung (S. 30).

Zumindest für körperlich leichte Tätigkeiten

mit gelegentlichen Positionswechseln, die vornehmlich im Sitzen durchgeführt werden könnten und bei denen keine längeren Gehstrecken notwendig seien, bestehe unter Berücksichtigung der unfallbedingten organischen Folgen eine zeitlich und

leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dabei werde primär an administrative Arbeiten gedacht, die an den meisten Arbeitsorten zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt ausgeführt werden könnten (S. 31). 4. 4.1

4.1.1

Zu beurteilen sind zunächst die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 16.

April 2011 am rechten Fuss. Die Beschwerdeführerin stürzte damals auf der Treppe und zog sich eine Ruptur des Ligamentum fibulotalare

anterius zu. Im Juni 2

E. 5

X.____

erhob gegen die Verfügung vom 17. Mai 2013 am 17. Juni und am 29. August 2013 Einsprache (Urk. 8/157 und Urk. 8/175) . Gegen die Verfügung vom 9. September 2013 wehrte sie sich mit Einsprache vom

E. 5.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, aufgenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 5. 2

Dr. B.____ gab in seiner überzeugenden Stellungnahme am 7. August 2013 an, es bestünden keine posttraumatischen Veränderungen, die einen entschädigungspflichtigen Integritätsschaden begründen würden (E. 3.11). Sollten sich ausgeprägte sekundäre Gelenkveränderungen des OSG rechts nachweislich einstellen, müsste das Vorliegen eines Integritätsschadens nochmals geprüft werden. Diese Einschätzung stimmt mit den Angaben im Z.____ -Gutachten überein, wo nach relativ geringe pathologische Befunde vorliegen würden . Von einem erheblichen Schaden kann dementsprechend nicht gesprochen werden. Es ist auf die überzeugenden und zutreffenden Ausführungen im Einspracheentscheid zu verweisen (Urk. 2 S. 9).

Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung besteht demnach nicht.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche

Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind , ist der Beschwerdeführer in antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen und dieser ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Entschädigung ist nach Einblick in die Honorarnote vom 22. August 2016 (Urk.

12) auf Fr. 1'713.55 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Die Beschwerdeführer in ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 25. August 2015 wird der Beschwerdeführer in

Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das

vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, wird mit Fr. 1'713.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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
Gräub-Oertli

E. 10

Oktober 2013 (Urk. 8/182). Am 20. Oktober 2014 erging ein Gutachten der medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS)

Z. ___

zuhanden der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem sich die SUVA angeschlossen hatte

(Urk. 8/198/1-34). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nahm zu diesem Gutachten am 12. Januar 2015 Stellung (Urk. 8/206).

Mit Entscheid vom 23. Juni 2015 vereinigte die SUVA die beiden Einspracheverfahren und wies beide Einsprachen ab (Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 23. Juni 2015 (Urk. 2) erhob die Versicherung am 25. August 2015 Beschwerde (Urk. 1) mit den Anträgen (S. 2), der Entscheid sei aufzuheben und es seien die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) versicherten Leistungen (insbesondere Taggeld, Heilkosten, Rente, Integritätsentschädigung etc.) zu erbringen. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuurteilung an die Beschwerdeführerin zurück zu weisen. Zudem ersuchte die Beschwerdeführerin um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt lic. iur. Tomas Kempf. Die Beschwerdeführerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 17. September 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6),

Beschwerdeantwort), wovon die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. September 2015 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10).

Anzumerken bleibt, dass Urk. 7/36 S. 5 bis 13 aus den Akten zu weissen ist, da sie offensichtlich nicht die Beschwerdeführerin betreffen. 3.

Am 6. Januar 2015 verfügte die IV-Stelle, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Die dagegen am 31. Januar 2015 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess-Nr.

IV.2015.0 0130). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 011

erfolge ein arthroskopischer Eingriff. Zudem wurde die Beschwerdeführerin nach verzögertem Heilungsverlauf am 1. November 2012 im K.____

operiert (Bandrekonstruktion). Nach vorerst erfreulichem Ergebnis persistierten die Beschwerden im Bereich des rechten Sprunggelenks erneut.

Ende Juni 2014 gab die Beschwerdeführerin bei einer Konsultation im

K.____ an, dass sie sich eine weitere Verstauchung des rechten Sprunggelenkes zugezogen habe, wofür die Z.____-Gutachter allerdings keine akuten Residuen mehr fanden (Urk. 8/198/1-34 S. 22). 4. 1. 2

Ausgewiesen ist mit den medizinischen Akten, dass trotz verbliebener Restfolgen am rechten Fuss im Zeitpunkt des Fallabschlusses (September 2013) von der Fortsetzung ärztlicher Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte.

Nach Lage der medizinischen Akten bestehen zwar gewisse unfallbedingte Restfolgen der Verletzung

des Sprunggelenkes. Allerdings kann das von der Beschwerdeführerin auch noch zwei Jahre nach dem Unfall angegebene Ausmass

an Schmerzen und Einschränkungen mit dem vorhandenen organischen Korrelat nicht ausreichend erklärt werden. Weder der K reisarzt (Juni 2013)

noch die

Z.____-Gutachter

(August 2014; vgl. Urk. 8/198/1-34 S. 21 und S. 31) konnten das gezeigte auffällige Gangbild nachvollziehen. Die Z.____-Gutachter gingen in ihrem Gutachten vom 20. Oktober 2014 von einer deutlichen nichtorganischen Überlagerung aus (E.

3.1 3). Der Hausarzt Dr.

S.____, Innere Medizin FMH,

erwähnte bereits im Oktober 2012 einen hochgradigen Verdacht, dass die Beschwerden, welche die Beschwerdeführerin nun habe, möglicherweise nicht mehr mit dem Unfall in Verbindung zu bringen seien. Es sei unklar, ob eine funktionelle Überlagerung vorliege (Urk. 8/95).

Von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung ist bei dieser Sachlage keine namhafte Besserung zu erwarten; sie ist,

wie Kreisarzt Dr. B.____ in seinem Bericht vom 7. August 2013 ausführte, nicht sinnvoll (E. 3.11). Die Problematik am rechten Rückfuss nahm schliesslich bei der Begutachtung im Z.____ in Anbetracht der Beschwerdeangaben am nahezu ganzen Körper auch keine erkennbare „Sonderrolle“ mehr ein (E.

3.13).

Die orthopädische Schuhversorgung, die dazu beitragen kann, das nicht erklärbare Gangbild zu verbessern (vgl. Urk. 8/198/1-34 S. 23), vermag nach Lage der Akten auch keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands zu bewirken, begründeten doch selbst die rezeptierenden Ärzte des K.____ die entsprechende Verschreibung lediglich mit der Stimulation des Längsgewölbes (E. 3.10 und E. 3.12). Die von den Z.____-Gutachtern mit Blick auf die Fussbeschwerden angeregte Gewichtsreduktion oder ein kräftigendes Training stellen keine ärztliche Behandlungen dar, welche einem Fallabschluss entgegen stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_188/2010 vom 22. November 2010 E. 3.3).

Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, ist die Beschwerdeführerin zudem seit August 2013 in der angestammten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig, so dass der Fallabschluss per September 2013 jedenfalls nicht zu beanstanden ist (BGE 134 V 104 E. 4.3). 4.1.3

Zuletzt sprachen sich auch die Orthopäden des K.____

am 22. April 2013

(und 1.

Juli 2014) dafür aus, dass die unfallbedingten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit durch den SUVA-Kreisarzt beurteilt werden sollten (E. 3.6 und 3.12). Die Angaben des SUVA Kreisarztes Dr. B.____ nach einer ersten Untersuchung am 13. März 2012 (E. 3.2) und der erneuten Untersuchung am 20.

Juni 2013 (E. 3.8) sowie seine ergänzende Stellungnahme vom 7. August 2013 (E. 3.11) vermögen in jeder Hinsicht zu überzeugen. Im Übrigen stimmen sie mit den ebenfalls schlüssigen Ergebnissen der Z.____-Gutachter vom 20.

Oktober 2014 (E. 3.13) überein. Wesentliche Abweichungen zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte bestehen keine. Es ist nicht davon auszu gehen, dass der von der Beschwerdeführerin gezeigte Beschwerdekompex, den sie auch auf – allerdings ebenfalls nicht

erklärbare –

neurologische Ursachen zurückführt, bei klinisch gutem Verlauf einer Bandrekonstruktion und bei nur geringfügigen Knorpelveränderungen auf das Unfallgeschehen

vom 16. April 2011 zurückzuführen ist. Hinweise für ein CRPS liegen keine mehr vor (vgl.

E. 3.5 und E. 3.11).

Spätestens seit August 2013 schränken die verbliebenen Defizite

in Bezug auf die Belastbarkeit des rechten Fusses die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit nicht mehr ein

(E. 3.1 1 und E. 3.1 3). Sowohl das vom SUVA-Kreisarzt mit Bezug auf die Folgen des Unfalls vom 16.

April 2011 als auch das von den Z.____ -Gutachtern allgemein formulierten Belastungsprofil las sen sich mit der bisherigen Tätigkeit beim

Y.____ im Bereich Investitionspla nung und Projektcontrolling ohne weiteres vereinbaren.
Laut

Angabe der Be schwerdeführerin

war dies eine reine Bürotätigkeit. Die Baustellenbesuche wa ren sehr selten und machten höchstens 5 % aus (vgl. der Bericht zur Bespre chung vom 8. Mai 2012 mit der SUVA Urk. 8/60 S. 2; vgl. auch der Stellenbe schrieb

Urk. 8/59 und die Auskunft der Versicherten gegenüber dem SUVA-Kreisarzt am 13. März 2012 Urk. 8/44 S. 3 f.) . Auch die telefonisch von der SUVA Anfang 2012 bei der Arbeitgeberin eingeholten Auskünfte ergaben , dass die Beschwerdeführerin eine rein administrative Tätigkeit ohne körperliche Be lastung ausüb t e (Urk. 8/23 und Urk. 8/34).
4.1.4

Anzufügen bleibt, dass die Z.____ -Gutachter der vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierten c hronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumassen. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass praxisgemäss

bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem ge wöhnlichen Sturz oder Ausrutschen, wozu auch der Unfall der Beschwerdefüh rerin zu zählen ist, der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen psychischen Ge sundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a). 4.1.5

Die früher ausgeübte Tätigkeit war somit im Zeitp unkt der Leistungseinstellung in vollem Leistungspensum zumutbar. Eine unfallbedingte Erwerbseinbusse und damit ein Anspruch auf eine Invalidenrente sind zu verneinen.

Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. September 2013 und die Verneinung eines Rentenanspruchs erfolgte nach dem Gesagten zu Recht . 4. 2

4.2.1

Als korrekt erweist sich im Weiteren auch die Leistungsablehnung mit Bezug auf die von der Beschwerdeführerin nebst den Fussbeschwerden seit März 2013 geltend gemachten Rückenbeschwerden (namentlich an der HWS) , die laut der schlüssigen Einschätzung der Z.____ -Gutachter keine längerdauernde Einschrän kung in der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermochten . Eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zwischen den Rückenbeschwerden und den

Unfällen vom 16. April 2011 und

28. Oktober 2011 (Kniekontusion) ist nicht ersichtlich (vgl. die überzeugende Einschätzung des SUVA-Kreisarztes Dr.

N.____ vom 1. Juli 2013, E. 3.9) . Von einer direkten Unfallfolge geht auch die Beschwerdeführerin nicht aus.

Allerdings sind die Halswirbelsäulenbeschwerden auch nicht als Spätfolgen der beiden Unfälle zu werten . So lässt sich ein Zusammenhang namentlich nicht aus dem nach Lage der medizinischen Akten völlig sinngültigen Hinweis im Bericht der Rheumaklinik des K.____

vom 6. Juni 2013 begrundet, wonach das zervikoradikuläre Reizsyndrom C7

wahrscheinlich durch chronische Stockentlastung für den linken (richtig wohl rechten) Fuss akzentuiert worden sei (vgl. E.

3. 7) . Laut den Angaben in den Arztzeugnissen gingen auch die Rheumatologen des K.____ trotz ihres Hinweises von einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. Urk. 8/156 und Urk. 8/181) . Auch die SUVA Ärzte haben – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (Urk. 1 Ziff. 2) – nie etwas anderes angegeben. So hatte namentlich der SUVA-Arzt Dr. N.____

bereits

in seiner ersten kurzen Einschätzung vom 15. Mai 2013 ausgeführt, dass die Rückenbeschwerden (HWS) unfallfremd

seien (Urk. 8/150) .

4.2.2

Kommt hinzu, dass die Einschätzung der Rheumatologen des K.____

nach einer Selbsteinweisung in den Notfall und ohne Kenntnis der Vorakten erging. So nahmen die Rheumatologen etwa an, dass das letzte MRI der HWS vor zirka zehn Jahren stattgefunden habe (Urk. 8/149);

tatsächlich waren seither bloss drei Jahre verstrichen (vgl. der Hinweis im Z.____ -Gutachten vom 20. Oktober 2014, Urk. 8/198/1-34 S. 6, auf ein MRI der HWS vom 16. April 2010 der T.____ in U.____ mit dem ähnlichen Befund Diskushernie C6/7 und Beeinträchtigung der Nervenwurzel C7 links) .

Für die vermutete Radikulopathie der Wurzeln L5/S1 fanden die Neurologen des K.____

in der Folge myographisch keine Hinweise (Urk. 8/198/1-34 S. 8 f.). Die Orthopäden des K.____

stellten die Rückenschmerzen ebenfalls nie in den Zusammenhang mit dem Unfall (vgl. etwa

die Diagnoseliste im Bericht vom 1. Juli 2014 Urk. 8/189).

Im Übrigen entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von

besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat sie nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_843/2014 vom 18. März 2015 E. 8.1 mit weiteren Hinweisen). Das MRI der HWS vom 16. April 2010 zeigte bereits vor dem hier fraglichen Unfall Diskusprotrusionen, welche bildgebend am 20. März 2013 bestätigt wurden. Angesichts dieses Vorzustandes hat der Unfallversicherer nicht für die Beschwerden einzustehen, welche in keinem Zusammenhang mit den Unfallereignissen stehen. 4.2.3

Dies führt zum Ergebnis, dass sich der Einspracheentscheid auch in Bezug auf die Verneinung einer Leistungspflicht für die Rückenbeschwerden als richtig erweist. 5.

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