

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00137 vom 7. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00137

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00137 du 7 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00137 del 7 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1965 geborene X.____ arbeitete vom

25. Juli 2010 bis 31. März 2012 als Reinigungsmitarbeiterin im Zwischenverdienst bei der Y.____ GmbH und war dadurch über die Unia Arbeitslosenkasse bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (Unfallmeldung vom 25. Mai 2011, Urk. 12/1, Urk. 12/16, vgl. demgegenüber Urk. 12/118/2, wonach sie als Aufsicht über die Mitarbeiter fungierte). Am 19. Mai 2011 stolperte die Versicherte zu Hause beim Treppensteigen

und prallte dabei mit dem rechten Schienbein auf eine Stufenkante. Vom 20. Mai 2011 bis Ende Januar 2015 war sie

zu 100 % krankgeschrieben (Urk. 12/133, Urk. 12/182, Urk. 12/188, Urk. 12/246, Urk. 12/252, Urk. 12/284). Die Suva trat auf den Schadenfall ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Der erstbehandelnde Hausarzt schloss am 20. Mai 2011 mittels Röntgenbild frische Frakturen aus und legte einen (Gips-)Verband um das Sprunggelenk (vgl. Urk. 12/15/1, vgl. auch Urk. 12/32/1). Aufgrund progredienter Schmerzen und einer Schwellungszunahme stellte sich die Versicherte am 21. und 25. Mai 2011 in den Notfallstationen des Stadtspitals A.____ und des Z.____ vor. Es wurde im Wesentlichen ein Hämatom prätibial rechts mit oberflächlicher Hautnekrose festgestellt und eine konservative Therapie (Ruhigstellung mit Gips, Antibiotikatherapie, Analgesie) verordnet (Urk. 12/15, Urk. 12/32). Im Juli 2011 erfolgte die erste Serie Physiotherapie (Urk. 12/45). Ein am 26. August 2011 im Z.____ durchgeführtes MRI des oberen Sprunggelenks (OSG) und des rechten Vorfusses ergab eine ausgeprägte Tenosynovitis der Peronealsehnen mit Split der Peroneus brevis Sehne sowie eine degenerativ veränderte distale Peroneus longus Sehne (Urk. 12/58, vgl. auch sonographischer Befund vom 7. Dezember 2011, Urk. 12/75).

Es folgten

physio- und ergotherapeutische Massnahmen sowie Infiltrationen mit Steroiden und Lidocain, welche zwar zu einer Regredienz der lokalen Schwellung führten, jedoch ohne Einfluss auf die Schmerzen

verblieben (Urk. 12/65, Urk. 12/76, Urk. 12/92, Urk. 12/132, Urk. 12/134). Am 16. Januar 2012 führte Dr. med. B.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie sowie beratender Arzt der Suva, eine kreisärztliche Untersuchung durch (Urk. 12/68). Aufgrund des therapieresistenten Verlaufs erfolgte eine stationäre Behandlung in der Rheumatologie des Z.____

vom 23. Januar bis 7. Februar 2012, anlässlich welcher erstmals eine psychische Störung festgehalten wurde (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 1. Februar 2012 resp. Austrittsbericht vom 14. Februar 2012 Urk. 12/77, Urk. 12/92). Am 8. Februar 2012 wurde die Versicherte zur weiterführenden intensiven multimodalen interdisziplinären stationären Therapie bis am 20. März 2012 in die Rehaklinik C.____ überwiesen. Es zeigten sich Diskrepanzen zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den objektiven Befunden. Ausserdem wurde das Vorliegen einer psychischen Störung bestätigt (vgl. Austrittsbericht vom 21. März 2012 sowie psychosomatisches Konsilium vom 9. Februar 2012 [Bericht vom 19. März 2012], Urk. 12/101 f.). Zwischenzeitlich ergab sich in somatischer Hinsicht aufgrund eines am 23. Januar 2012 im Z.____ durchgeführten MRI s des rechten oberen Sprunggelenks (OSG) eine im Ausmass deutlich regredierende Tenosynovitis (Urk. 12/109). Dennoch beklagte die Versicherte konservativ-therapieresistente Beschwerden, weshalb am 17. April 2012 eine operative Spaltung der Sehnenscheide und Synovektomie im Z.____ (Urk. 12/125) durchgeführt wurden. Bei daraufhin noch immer beklagten Beschwerden entschloss man sich in der Universitätsklinik D.____ zu einer Revisionsoperation (Peronealsehnenrevision mit lateralisierender Calcaneusosteotomie), welche am 21. Januar 2013 durchgeführt wurde (Urk. 12/160). Im weiteren Verlauf klagte die Versicherte abermals über persistierende Schmerzen, wobei der Ursprung der ausgeprägten Schmerzen ärztlicherseits weiterhin unklar blieb (vgl. Bericht des Unispitals D.____ vom 26. Juli 2013, Urk. 12/191). Am 12. August 2013 führte Dr. B.____ eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch (Urk. 12/197). Vom 29. August 2013 bis 3. Oktober 2013 hielt sich die Versicherte erneut zur stationären Therapie in der C.____ auf (vgl. Austrittsbericht vom 8. Oktober 2013 sowie psychosomatisches Konsilium vom 3. August 2013 [Bericht vom 26. September 2013] Urk. 12/209 f.). Im Februar 2014 folgten weitere Infiltrationen. Am 3. September 2014 wurde im Z.____ eine Resektion des Nervus suralis bis Kniekehle rechts durchgeführt (Urk. 12/264). Daraufhin beklagte die Versicherte eine Zustandsverschlechterung (Urk. 12/270). Am 22. Januar 2015 führte Dr. B.____ abermals eine kreisärztliche Untersuchung durch (Bericht vom 23. Januar 2015, Urk. 12/285). Ausserdem bezog er am 4. Mai 2015 Stellung zum Integritätschaden (Urk. 12/298). Mit Verfügung vom 15. Mai 2015 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 31. Mai 2015 ein. Ausserdem verneinte sie einen Anspruch der Versicherten auf eine Integritätsentschädigung oder Unfallrente (Urk. 12/301). Die gegen die Einstellung der bisher ausgerichteten Versicherungsleistungen (Heilkosten)

erhobene Einsprache vom 18. Juni 2015 (Urk. 12/305) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 28. April 2016 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und

für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

E. 1.2

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). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.3

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehen den Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invaliden rente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortset zung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszu standes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Ein gliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschl ossen 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 Arbeitsfä higkeit, 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. Weder eine weit entfernte Mög lich keit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durch führung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versi cherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_6 39/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitli che Besserung mehr

erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 Urteil vom 16.

Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_588/2013 vom 16.

Januar 2014 E. 3.5).

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 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 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

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die

aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

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

E. 1.7

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

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. _____

am 30. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 28. April 2016 aufzuheben und es seien ihr weiterhin Taggelder auf unbestimmte Dauer zu entrichten. Eventualiter seien weitere gutachterliche Sachverhaltsabklärungen auf

rheumatologischem, ortho pädischem oder psychiatrischem Fachgebiet durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt Felix Hollinger zum unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1 S. 2) . Ausserdem legte sie diverse Beilagen auf (Urk. 3/ 1-32) . Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 11 . Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was der Beschwerdeführer in am 25. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13) .

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen der Folgen des Unfalls vom 19. Mai 2011 über den 31. Mai 2015 hinaus Leistungen zu erbringen hat, mithin, ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch als unfallkausal zu qualifizieren sind .

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf den Standpunkt, gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung von Dr. B.____ vom 22 . Januar 2015 bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden. Als objektivierbare Folge des Unfalls bestehe nur noch eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Beins. Es sei vom medizinischen Endzustand auszugehen. Aus organischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit voll zeitig zumutbar. Schliesslich sei die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu verneinen (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.3

Dr. B.____ kam im Einklang mit den beurteilenden Fachärzten des C.____ und des D.____ (E. 3.3, E. 3.4, E. 3.7) zum Schluss, das Beschwerdebild sei durch den somatischen Befund nicht erklärbar. Dafür spricht denn auch der Umstand, dass die durchgeführten konservativen Therapiemassnahmen und Operationen allesamt erfolglos verblieben und/oder die Schmerzen subjektiv gar verschlimmerten. Darüber hinaus notierten die Ärzte des Z.____ bereits Ende 2011/anfangs 2012 ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten mit katastrophisierendem Denken sowie eine psychische Überlagerung (Urk. 3.1). Im weiteren Verlauf hielten die beurteilenden Fachärzte der C.____ histrionisch anmutende Wesenszüge fest und wiesen sie auf psychosoziale Erschwernisse sowie die eingeschränkte Compliance der Beschwerdeführerin hin (E. 3.3, E. 3.4) . Die MEDAS-Gutachter hielten ausdrücklich fest, die aktuelle Symptompräsentation deute klar darauf hin, dass psychologische Faktoren massgeblich zur Symptomentstehung beigetragen hätten (E. 3.5).

Vor diesem Hintergrund ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Einschränkungen der Geh- und Stehfähigkeit des rechten Fusses jedenfalls über den 31. Mai 2015 hinaus nur insoweit auf das Ereignis vom 19. Mai 2011 zurückzuführen sind, als eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Beines verblieb (E. 3.6) . Dies gilt umso mehr, als es einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass selbst im Fall vorbestehender, degenerativer, das heisst abnutzungsbedingter Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeschlossen ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.6 mit Hinweisen). Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung müsste bildgebend ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen), was vorliegend nicht der Fall ist (vgl. Urk. 12/15 und Urk. 12/32).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit für die Entscheidung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Bericht des Z.____ vom 29. Juni 2011 diagnostizierten die beurteilenden Ärzte ein Hämatom prätibial rechts mit oberflächlicher Hautnekrose. Die Beschwerdeführerin sei vom 25. Mai bis 1. Juni 2011 in der Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ hospitalisiert worden. Insgesamt habe sich ein regelrechter Verlauf bei konservativer Therapie gezeigt. Das Hämatom sei betreffend Ausdehnung grössenstationär geblieben. Die Hautnekrose habe sich bei der Entlassung trocken und reizlos ohne Anhalt für Weichteilinfekte präsentiert (Urk. 12/32). Nach der Gipsentfernung am 17. Juni 2011 habe die Beschwerdeführerin indes über progrediente Schmerzen an der Aussenseite des rechten Knöchels geklagt. Gleichzeitig habe sie anlässlich der eingeleiteten Physiotherapie ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten sowie Ängste mit katastrophisierendem Denken gezeigt (vgl. ärztlicher Zwischenbericht des Z.____ vom 12. Dezember 2011, Urk. 12/64).

E. 3.2

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes im Z.____ vom 23. Januar bis 7. Februar 2012 ergab sich eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen und unteren Sprunggelenks. Kernspintomographisch zeigten sich ein Split der Peroneus brevis Sehne sowie eine degenerativ veränderte distale Peroneus longus Sehne ohne Nachweis von Erguss im oberen und unteren Sprunggelenk. Therapiefortschritte seien nur langsam gelungen. Die festgestellte mittelgradig depressive Episode habe den therapeutischen Zugang zusätzlich erschwert (vgl. Austrittsbericht des Z.____ vom 14. Februar 2012, Urk. 12/92).

E. 3.3

Dem Austrittsbericht der C.____ vom 21. März 2012 sind im Wesentlichen folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 12/102): - Unfall vom 19.05.2011: Im Treppenhaus ausgerutscht - Kontusion des Unterschenkels mit Rissquetschwunde, primär hausärztlich versorgt - Tendosynovitis der Peronealsehnen rechts - 19.05.2011 Röntgen: Keine Fraktur - 12/2011 Ultraschall: Verdickung und Inhomogenität der Peronealsehnen. Peritendinöses synoviales Proliferationen, geringer Flüssigkeitssaum. - 9.12.2011 Infiltration mit Kenacort/Lidocain peritendinös und lokal über dem Lig. fibulocalcaneare, im Verlauf progrediente Schwellung - 01/2012 MRI OSG rechts: Split tear der Peroneus brevis Sehne, degenerativ veränderte distale Peroneus longus Sehne, kein Erguss. - Psychiatrische Diagnosen (C.____): - ICD-10: F32.1 Mit mittelgradige depressive Episode - ICD-10: F44.6/F45.4 Somatoforme/dissoziative Anteile im Schmerzmechanismus sind möglich

Klinisch habe sich am rechten OSG weder eine Rötung noch Schwellung oder Überwärmung gezeigt. Demgegenüber hätten am lateralen Knöchel

eine erhebliche Berührungsempfindlichkeit und Druckdolenz bestanden. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin im Barfussgang ein deutliches Schonhinken rechts präsentiert.

Der

Fersen-, Zehen- und Einbeinstand rechts sei nicht ausführbar gewesen. Supination und Pronation seien schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Inversion und Eversion des rechten Fusses hätten sich ebenfalls kaum überprüfen lassen.

Sudeck-Zeichen hätten keine festgestellt werden können. Sowohl die Reflexe der oberen als auch der unteren Extremitäten seien gut sei tengleich auslösbar gewesen . Insgesamt hätten sich klinisch keine Anhaltspunkte für eine Läsion des zentralen oder des peripheren Nervensystems ergeben. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nicht erklären (Urk. 12/102/2). Die Beschwerdeführerin habe aktuell, mithin zehn Monate nach dem

Unfall vom 19. Mai 2011, Schmerzen submalleolär lateral rechts und im OSG-Bereich mit Geheinschränkung und Schmerzintensität beklagt (in Ruhe 5/10 VAS, nach 30 Minuten Gehen 10/10 VAS , Urk. 12/102/3).

Ein psychosomatische s

Konsilium

(vgl. Bericht vom 19. März 2012, Urk. 12/101) habe eine mittelgradig depressive Episode mit leichter latenter Suizidalität ergeben . Ausserdem schein e sich die Ehe in letzter Zeit schwierig zu entwickeln. Somatoforme sowie dissoziative Anteile im Beschwerdebild seien möglich. Während des Aufenthaltes sei die Beschwerdeführerin intensiv psychologisch begleitet worden, mit zusätzlicher Medikation mit 15 mg Truxal einmal täglich sowie Temesta 2 mg in Reserve. Eine ambulante Psychotherapie sei notwendig und bereits eingeleitet worden (Urk. 12/102/4) .

Insgesamt habe eine Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Als arbeitsrelevante Probleme nannten die beurteilenden Ärzte die Schmerzen im lateralen Knöchel rechts sowie

die mittelgradig depressive Episode, wobei die Beschwerden durch eine erhebliche Symptomausweitung funktionell überlagert würden . Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Beobachtungen

anlässlich der Leistungstests sowie im Behandlungsprogramm aktuell lediglich betreffend Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen des Fusses (Hockerstellung, knien) sowie mit dem Erfordernis, schnell laufen zu müssen,

eingeschränkt (Urk. 12/102/4).

E. 3.4

Aus dem Austrittsbericht der C. ___ vom 8. Oktober 2013 erhellt sodann im Wesentlichen, mehr als zwei Jahre nach dem Unfall vom 19. Mai 2011 stünden nach wie vor ausgeprägte Schmerzen im rechten Fuss im Vordergrund. Die Beschwerden seien begleitet von Gefühlsstörungen und Bewegungseinschränkungen. Die Beschwerdeführerin sei während der gesamten Hospitalisation mit einem Unterarmgehstock mobil gewesen . Im hausinternen neurologischen Konsilium hab sich eine Neuralgie des Nervus suralis rechts gezeigt , welche wahr scheinlich auf eine Läsion des Nervus suralis zurückzuführen sei . Gemäss der psychosomatische n Abklärung habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seit ihrem letzten Aufenthalt im Frühling 2012 nicht wesentlich verändert . Nach wie vor zeigten sich eine mittelgradige depressive Episode mit latenter Suizidalität und leicht histrionisch anmutenden Wesenszügen sowie eine nach wie vor zu vermutende somatoforme/dissoziative Mitbeteiligung im Beschwerdebild. Erfreulicherweise wirke sich die ambulante Psychotherapie stabilisierend aus . In somatischer Hinsicht hätten zwei

in der Zwischenzeit erfolgte operative Eingriffe (vgl. Sachverhalt Ziff. 1) keine massgebenden

Veränderungen gebracht. Die Beschwerden und Funktionseinschränkungen seien in ihrer Intensität nicht gänzlich erklärbar.

Die Beschwerdeführerin habe sich im Gespräch massig interessiert gezeigt an Informationen und Anregungen über einen besseren Umgang mit Schmerzen und es hätten auch keine nennenswerten positiven Veränderungen im Verlaufe des Aufenthalts beobachtet werden können.

Zusammenfassend habe trotz intensiver Therapien keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Auch bezüglich der stockfreien Gehstrecke sei insgesamt keine Verbesserung erzielt worden. Die Beschwerden erschienen resistent für sämtliche Therapiemassnahmen. Von der Fortsetzung der somatischen Behandlung sei keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Das arbeitserlevante Problem sei der rechte Fuss. Mithin sei die Beschwerdeführerin hinsichtlich schweren, fussbelastenden Tätigkeiten eingeschränkt. Demgegenüber bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Vibrationsbelastungen des rechten Fusses, ohne länger dauernde Zwangshaltungen für den rechten Fuss, ohne Leitersteigen und ohne repetitives Treppensteigen (Urk. 12/209/2 f.).

E. 3.5

In dem seitens der Beschwerdeführerin eingereichten polydisziplinären MEDAS-Gutachten zuhanden der Invalidenversicherung vom 19. Juni 2014 diagnostizierten die Gutachter im Wesentlichen (1) eine schmerzhafte Narbentrommelle rechts (L90.5/91.0), (2) einen Status nach Synovektomie und Sehnenabschneidung peroneal rechts (M65.8) sowie (3) eine Ansatzentzündung der Plantarfascie rechts (M76, Urk. 3/3 S. 47).

Allgemein-interne sei die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemeinzustand. Aus neurologischer Sicht könne keine Ursache für die geklagte Symptomatik festgestellt werden. Anhaltspunkte für eine relevante Nervenläsion bestünden weder klinisch noch elektrophysiologisch und der geklagte Schmerzcharakter sei auch nicht neuropathisch. Im Gegenteil weise die aktuelle Symptompräsentation klar darauf hin, dass psychologische Faktoren massgeblich zur Symptomentstehung beigetragen hätten. Aus orthopädischer Sicht fehle nach wie vor eine befriedigende Diagnose. Letzteres ungeachtet dessen, dass sich viele Untersucher des Bewegungsapparates darum bemüht hätten. Es

bestünden eine Tenosynovitis der Peronealsehnen und ein Spalttriss der Peroneus brevis Sehne. Die Geh- und Stehfähigkeit sei eingeschränkt. Weiter habe sich anlässlich der psychiatrischen Untersuchung ein eingeschränkter Antrieb gezeigt. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin angespannt und unruhig. Ihre Konzentration und Aufmerksamkeit hätten im Laufe des Gespräches abgenommen. Diese Symptome seien alle im Rahmen der agitierten depressiven Episode anzusehen.

Die Beschwerdeführerin betrachte sich selbst als absolut arbeitsunfähig, was in diesem Ausmass medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Das zurzeit feststellbare Handicap bestehe in einer eingeschränkten Steh- und Gehfähigkeit des rechten Fusses. Mithin könnten leichte Arbeiten vollschichtig durchgeführt werden. Aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin hinsichtlich einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 3/3 S. 49 f.).

Mangels zufriedenstellender Diagnose könne keine klare Therapieempfehlung abgegeben werden. Weitere invasive Eingriffe würden mit grosser Sicherheit keine Besserung bringen. Demgegenüber sei die Weiterführung der psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlung sinnvoll (Urk. 3/3 S. 49).

E. 3.6

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Januar 2015 sei die Beschwerdeführerin mit zwei Stöcken erschienen

und habe sie den Boden mit dem rechten Vorfuss dabei höchstens ganz leicht berührt. Sie habe Schmerzen seitlich am rechten Rückfuss sowie plantar unter der Ferse beklagt und vertrage dort keine Berührung, es sei wie ein "Stechen". Den rechten Fuss könne sie nicht belasten, wenn sie nicht an zwei Stöcken gehe, bewege sie sich auf den Knien. Dies habe zu Druckstellen an beiden Kniegelenken geführt. Durch die Beschwerden im rechten Fuss habe die Beschwerdeführerin nach

eigenen Angaben "kein Leben mehr" und sei sie

„am Ende“. Die Versprechungen einer Verbesserung durch die verschiedenen Operationen seien nicht eingetreten. Es sei im Gegenteil nach jeder Operation schlechter gegangen. Die Beschwerdeführerin habe ihre Beschwerden unter Tränen geschildert. Dabei sei - wie schon bei früherer Gelegenheit - ein katastrophisierendes Denken zur Darstellung gekommen. Der klinische Befund sei weit weniger spektakulär als das subjektive Beschwerdebild:

Die milde muskuläre Hypotrophie am rechten Bein sowie die diskrete Schwellung im Bereiche des Rückfusses seien durch Vernarbungen nach Operationen erklärbar. Der Vorfuss zeige keine erhebliche Schwellung und Hinweise auf ein CRPS (Morbus Sudeck) bestünden weder klinisch noch radiologisch. Soweit das Beschwerdebild bereits initial nicht durch somatische Befunde habe erklärt werden können, so gelte dies auch aktuell. Damit sei auch klar, dass die drei Operationen an der rechten unteren Extremität nicht nur erfolglos gewesen seien, sondern die Beschwerden subjektiv verschlimmert hätten. Auch die zuletzt im D. ___ initiierte Versorgung mit einem Spezialschuh sei aus dieser Sicht zum Scheitern verurteilt. Unter Ausklammerung der psychischen Situation sei theoretisch nur eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Beines nach erfolgten Operationen als Unfallfolge zu taxieren und der Beschwerdeführerin eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit vollzeitlich zu zumuten.

Die Situation sei stabil. Eine Verbesserung könne auch durch eine weitere Heilbehandlungen nicht erzielt werden. Angesichts des heute demonstrierten Verhaltens sei aus somatischer Sicht auch von einer stationären Rehabilitation keine Verbesserung zu erwarten (Urk. 12/285/3 f.).

E. 3.7

In dem beschwerdeweise eingereichten Sprechstundenbericht der Uniklinik D. ___ vom 16. April 2015 bestätigte der beurteilende Facharzt für Fusschirurgie, klinisch-radiologisch seien die ausgeprägten ubiquitären Schmerzen am Fuss nicht ganz erklärbar. Eine neurophysiologische Untersuchung habe eben falls keinen eindeutigen Aufschluss erbracht (Urk. 3/4, vgl. auch Bericht vom 18. Februar 2015, Urk. 3/2).

E. 4

Zu Recht hat keine der Parteien in Frage gestellt, dass es sich beim Treppensturz vom 19. Mai 2011 um einen banalen Unfall handelt. Entsprechend ist die Adäquanz ohne weiteres zu verneinen (vgl. E. 1.8). Dagegen vermochte die Beschwerdeführerin nichts Stichhaltiges vorzubringen (vgl. Urk. 1 S. 13 f.). Weiterungen hierzu erübrigen sich.

E. 4.1

Festzuhalten ist zunächst, dass die vorliegende medizinische Aktenlage ausreichend Aufschluss darüber liefert, dass von weiteren Behandlungen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist. So nannten die beurteilenden Fachärzte keine Heilbehandlungen, welche eine gesundheitliche Verbesserung zu zeitigen vermöchten. Im Gegenteil hielten Dr. B.____, die Ärzte der Rehaklinik C.____ sowie die MEDAS-Gutachter übereinstimmend und ausdrücklich fest, von einer Fortsetzung der somatischen Behandlungen sowie (invasiven) Eingriffen sei keine Besserung zu erwarten und erachteten sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich leichten, adaptierten Tätigkeiten für gegeben (Urk. 12/209/2 f., Urk. 3/16 S. 40 f.). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin betreffend die eingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit des rechten Fusses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom erreichten Endzustand ausging.

E. 4.2.1

Fraglich und zu prüfen ist indes, die Unfallkausalität der verbliebenen Beschwerden.

E. 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. April 2016 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die fachärztlich-orthopädische Beurteilung von Dr. B.____ vom 23. Januar 2015, welche dieser gestützt auf die eigene Untersuchung vom 22. Januar 2015 sowie in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgab. Der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach sich Dr. B.____ im Rahmen seiner Beurteilung lediglich auf „theoretische Überlegungen“ abgestützt haben soll (vgl. Urk. 1 S. 10), erweist sich damit als nicht stichhaltig. Andere konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. B.____ sprechen, sind nicht ersichtlich. Insbesondere ergeben sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage keinerlei ärztliche Differenzen betreffend die erhobenen Befunde und Schlussfolgerungen sowie den Therapie- und Behandlungsbedarf. Mithin besteht – entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

E. 4.2.4

Dass oder ob sich die Beschwerdeführerin in ihrer Wohnung freiwillig oder unfreiwillig auf den Knien fortbewegt, ist für die hier interessierende Unfallkausalität der beklagten Fussbeschwerden ohne Belang und hat – entgegen der irrigen Vorstellung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 9 f.) – auch keinerlei Einfluss auf die Beweiskraft des kreisärztlichen Untersuchungsberichts vom 23. Januar 2015. Im Übrigen hat Dr. B.____ die druckbedingte Hautschädigung an den Knien nicht „komplett ignoriert“ – wie beschwerdeweise behauptet (Urk. 1 S. 10) –, sondern im Rahmen seiner Befundung dokumentiert und in der Beurteilung gewürdigt (Urk. 12/285/3 f.).

E. 4.2.5

Mangels Relevanz für die vorliegend interessierenden Fragen gehen auch die Einwände der Beschwerdeführerin gegen das MEDAS-Gutachten, insbesondere zur festgestellten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (Urk. 1 S. 8), ins Leere.

E. 4.2.6

Schliesslich lässt sich auch allein aus dem Umstand, dass erst seit dem Unfall vom 5. Mai 2011 (recte: 19. Mai 2011)

eine Arbeitsunfähigkeit bestehe und der Lebenslauf der Beschwerdeführerin zuvor „normal und ohne grössere Vorkommnisse“ gewesen sei (Urk. 1 S. 11), noch keine Unfallkausalität herleiten. Die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Im Übrigen war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalles seit 10 Tagen infolge Krankheit arbeitsunfähig gewesen (Urk. 12/1).

E. 4.4

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin nach zutreffender Würdigung der medizinischen Aktenlage im angefochtenen Entscheid zum überzeugenden Schluss gelangt, dass über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2015 hinaus als fortdauernde Unfallfolgen eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Beines verblieb und mit dieser Einschränkung weiterhin eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit in vollem Pensum zumutbar ist. Damit ist über diesen Zeitpunkt hinaus keine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsgebiet als Postangestellte, das heisst im Gebiet, welches die Beschwerdeführerin vor Eintritt der Arbeitslosigkeit inne hatte, ausgewiesen und besteht kein Anspruch auf weitere Leistungen.

E. 5

Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 6.1

Da das Verfahren kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG), erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung (vgl. Urk. 1 S. 2) als obsolet.

E. 6.2

Nach Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegleiten nicht als aussichtslos erscheint. Als bedürftig gilt, wer nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass er Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für ihn und seine Familie notwendig sind (BGE 127 I 205).

Die gesuchstellende Person hat den Nachweis der Bedürftigkeit zu erbringen. Dazu hat sie ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse umfassend darzulegen und soweit möglich zu belegen (Randacher, in: Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, N 5 zu § 16 GSVGer).

E. 6.3

Unter Ziff. 10 des Formulars zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 8) gab die Beschwerdeführerin als Vermögen ein

Konto bei der E.____ Bank an (CH24 0840 1067 1508 7803) . Trotz entsprechender Auflage (Urk. 8 Ziff. 13, vgl. auch Urk. 5 Disp.-Ziff. 2) unterliess sie es indes, diesbezüglich einen Kontoauszug aufzulegen, der ihre Behauptung belegen würde, dass kein Guthaben gegenüber der E.____ Bank besteht. Bei den Akten liegt einzig ein Kontoauszug der E.____ Bank betreffend das Privatkonto mit IBAN-Nr. F.____ (Urk. 9/12). Kommt hinzu, dass die im Formular angegebenen Ausgaben nur lückenhaft belegt worden sind, namentlich fehlen Belege für die geltend gemachten ungedeckten Gesundheitskosten (Urk.

E. 8

Ziff. 9) . Darüber hinaus handelt es sich bei den angeblichen Fahrkosten zur Arbeit im Umfang von Fr. 200.-- angesichts der fehlenden Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin offensichtlich um eine Falschangabe (Urk. 8 Ziff. 9) . Bei dieser Sachlage ist - wie mit Verfügung vom 6. Juni 2016 angedroht (Urk. 5) - davon auszugehen, dass keine prozessuale Bedürftigkeit besteht. Entsprechend ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung abzulehnen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 30. Mai 2016 um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Felix Hollinger - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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