

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00178**

## **vom 17. August 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00178](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00178)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00178 du 17 août 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00178 del 17 agosto 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1969, war seit dem 19. August 2003 als Hortmitarbeiterin bei Y.\_\_\_\_ in einem Teilzeitpensum angestellt und damit bei der Unfallversicherung der Stadt Zürich

unfallversichert, als sie am 25. November 2011 bei sich zu Hause die Treppe hinunterstürzte und sich am rechten Fussgelenk einen Bänderriss zuzog (Urk. 7/G001).

Die Unfallversicherung der Stadt Zürich stellte die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 23. März 2016 für die somatischen Beschwerden per

#### **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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 25. November 2011 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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. 1.4**

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

### **E. 1.5**

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 Kausalzusammenhangs 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 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).

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 24. August 2016 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 29. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte, dieser und die zugrunde liegende Verfügung seien aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, insbesondere Taggelder und Heilbehandlungskosten, eventuell eine Rente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 1 S. 2).

Die Unfallversicherung der Stadt Zürich beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. September 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Am 15. Februar 2017 reichte die Beschwerdeführerin ihre Replik (Urk. 12) ein, und die Beschwerdegegnerin erstattete am 1. März 2017 ihre Duplik (Urk. 15), welche der Beschwerdeführerin am 2. März 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrem Einspracheentscheid (Urk. 2) die verfügte Leistungseinstellung für die somatischen Beschwerden per 21. Januar 2016 beziehungsweise für die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen per 15. Februar 2016 damit, dass hinsichtlich der somatischen Beschwerden gestützt auf die Ausführungen Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, der

gesundheitliche Endzustand per 21. Januar 2016 erreicht sei. Im Weiteren fehle es an einem organischen Korrelat, wobei die Adäquanzprüfung nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V133) zu erfolgen habe. Grundsätzlich sei die Adäquanz angesichts des vorliegendem tatsächlichen Ereignisses vom 25. November 2015 zu verneinen. Jedoch selbst in der Annahme, das genannte Ereignis sei mittlerer Schwere im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, fehle der adäquate Kausalzusammenhang, da kein einziges Kriterium erfüllt sei. Die Adäquanzbeurteilung sei per Datum der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, prüfbar, also per 15. Februar 2016 (S. 4 ff. lit. A-D).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Nachweis nicht erbracht, dass keine Unfallfolgen mehr vorlägen. Der Endzustand sei auch gemäss Dr. A.\_\_\_\_ noch nicht erreicht, und er habe weitere Abklärungen vorgeschlagen. Zudem gehe Dr. B.\_\_\_\_ davon aus, dass der Status quo sine spätestens Ende 2017 erreicht sei (S. 3 ff. Ziff. 3).

Der Fallabschluss sei zu früh erfolgt, und die Sache auch nur ungenügend abgeklärt (S. 3 ff. Ziff. 3). Sodann sei der Ansatz für die Adäquanzprüfung falsch, denn es gebe keine psychische Krankheit mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei fehlender psychischer Schmerzdiagnose müsse von einer somatischen Diagnose ausgegangen werden. Es liege ein

Complex regional pain syndrome

( CRPS )

und/oder eine Neuropathie vor, also eine somatische Diagnose, welche unfallkausal sei, womit der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen sei (S. 6 ff. Ziff. 4-5). Auf die Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_ könne nicht ohne weiteres abgestellt werden (S. 9 f. Ziff. 6).

### **E. 2.3**

In ihrer Vernehmlassung (Urk. 6) brachte die Beschwerdegegnerin vor, unfallbedingte somatische Befunde hätten nicht objektiviert werden können. Anlässlich der konsiliarischen Konsultation vom Januar 2016 sei lediglich eine nicht näher spezifizierbare Oberflächenqualitäts-Veränderung reproduzierbar gewesen. Klinisch hätten gewisse Diskrepanzen zwischen dem in den Akten beschriebenen und dem an der Untersuchung festgestellten Schmerzverhalten sowie dem effektiv gemessenen und dem aufgrund einer jahrelangen Schonung zu vermutenden Umfangs des Oberbeinbezugs festgestellt werden können. Angesichts der ausgeschöpften Therapierbarkeit und dem erreichten Endzustand habe von weiteren Abklärungen Abstand genommen werden dürfen. Die gesetzliche Abklärungspflicht sei nicht verletzt worden (S. 3 f. Lit. B Ziff. 1). Die Adäquanzprüfung sei zu Recht erfolgt, und auf die Einschätzung durch Dr. A.\_\_\_\_ könne abgestellt werden (S. 4 f. Lit. B Ziff. 2-3). Die Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin, dass aufgrund einer fehlenden psychiatrischen Schmerzdiagnose eine somatische Diagnose vorliegen müsse, sei falsch (S. 5 f. Lit. B Ziff. 4).

### **E. 2.4**

In ihrer Replik (Urk. 12) machte die Beschwerdeführerin geltend, von den Ärzten seien durchgehend neuropathische Schmerzen diagnostiziert worden (S. 2 Ziff. 2). Die Beschwerdegegnerin weiche von den Einschätzungen durch Dr. A.\_\_\_\_ diametral ab, so

habe dieser weitere Abklärungen für unabdingbar befunden und festgehalten, dass er die sich stellenden komplexen Fragen nicht beantworten könne. Die Aktenlage erlaube keinen Fallabschluss (S. 3 f. Ziff. 3-6). Es sei nicht berücksichtigt worden, dass ihre Schmerzen nach der Operation von 2014 zugenommen hätten, und zur Feststellung, ob ihre Beschwerden durch ein neuropathisches Schmerzsyndrom verursacht würden, sei eine neurologische Stellungnahme erforderlich. Die Beschwerdegegnerin benutze die psychiatrischen Diagnosen, um die Adäquanz zu verneinen, was unzulässig sei (S. 4 ff. Ziff. 8-10). Anhaltspunkte, dass sie ihre Beschwerden simuliere, lägen keine vor (S. 6 ff. Ziff. 10-15). Ihre Beschwerden hätten sich durch den Eingriff von 2014 verschlimmert, und die Beschwerdegegnerin habe hierfür einzustehen (S. 10 f. Ziff. 18-21).

### **E. 2.5**

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Duplik (Urk. 15) aus, entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin, dass durchgehend neuropathische Schmerzen diagnostiziert worden seien, hätten aufgrund umfangreicher Abklärungen aller möglichen Fachgebiete inklusive diverser bildgebender Verfahren keine somatischen Befunde zu den geklagten Beschwerden erhoben werden können. Für die neuropathischen Schmerzen habe kein organisches Korrelat verifiziert werden können (S. 2 Ziff. 1). Es sei im Einklang mit der Meinung von Dr. A. \_\_\_ entschieden worden (S. 2 f. Ziff. 2). Über fünf Jahre hätten alle möglichen fachärztlichen Abklärungen zu keinem organischen Korrelat für die bestehende Schmerzproblematik geführt, und die vielfältigen, über Jahre vorgenommenen Therapien hätten zu keiner Verbesserung geführt. Die von Dr. A. \_\_\_ im Januar 2016 empfohlene weitere neurologische Abklärung nach aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht erreichtem gesundheitlichem Endzustand würde keine Klärung hinsichtlich der Leistungspflicht erbringen, weshalb angesichts des Grundsatzes der antizipierten Beweiswürdigung davon abgesehen werden dürfe (S. 4 Ziff. 5).

### **E. 2.6**

Strittig und zu prüfen ist, ob die die Beschwerdegegnerin für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten somatischen Beschwerden über den 21. Januar 2016 respektive für die psychischen Beschwerden über dem 15. Februar 2016 hinaus leistungspflichtig ist.

### **E. 3**

) als Diagnose zu ihrem Vorbericht (vgl. vorstehend E. 3.3) einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (S. 1). Dr. E. \_\_\_ führte aus, bei der heutigen Untersuchung habe sich wiederum ein hinkfreies Gangbild gezeigt. Es zeigten sich aktuell keine Dystrophie-Zeichen, keine objektive Überwärmung oder Unterkühlung des Fusses im Seitenvergleich und keine Schwellung oder livide Verfärbung oder sonstige Entzündungszeichen .

Dr. E. \_\_\_ hielt fest, MRI-tomografisch liessen sich die von der Patientin ein drucks voll geschilderten Beschwerden nicht objektivieren . Es bestehe nun der dringende Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung, dies im Sinne eines lavierten CRPS I. Die Kollegen von der Schmerzlinik würden geben, die Patientin zu einer Beratung und gegebenenfalls Behandlungsübernahme anzubieten (S. 1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 50 %, attestiert werde dies bis zum 18. August 2012 (S. 2).

### **E. 3.1**

In der Unfallmeldung vom 29. November 2011 (Urk. 7/G 00 1 ) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin am 25. November 2011 zu Hause die Treppe hinuntergefallen sei und sich am rechten Fussgelenk einen Bänderriss zugezogen habe (S. 1). Weiter wurde ausgeführt, dass sie seit dem 26. Oktober 2011 krankgeschrieben sei (S. 2).

### **E. 3.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Leiter des Notfallzentrums, Stadtspital D.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht über die ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin vom 25. November 2011 (Urk. 7/M001) als Diagnose eine Distorsion des oberen Sprunggelenkes (OSG) mit Läsion des linken Ligamentum fibulotalare anterius mit kleinen schalenförmigen Ausrissen im Talusbereich (Ligamentum fibulotalare anterius). Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei die Treppe hinuntergefallen, indem sie den letzten Tritt verpasst habe. Sie sei auf die rechte Seite gefallen. Sie habe ein Taubheitsgefühl und ein Kältegefühl im rechten Bein bis Kniehöhe (S. 1).

### **E. 3.3**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberärztin Zentrum für Fusschirurgie, F.\_\_\_\_ Klinik, nannte in ihrem Bericht vom 2. Juli 2012 (Urk. 7/M002) als Diagnose persistierende Beschwerden des anterolateralen OSG sowie des Mittelfussbereiches medial rechts bei Status nach OSG-Distorsionstrauma vom 25. November 2011. Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 25. November 2011 nach Übersehen der letzten Treppenstufe ein OSG-Distorsionstrauma zugezogen (S. 1). Davon habe sie sich bis heute nicht erholt. Es persistierten Schmerzen an verschiedenen Stellen des Fusses sowie am OSG, ausserdem bestehe die Unmöglichkeit, die Zehen zu spreizen. Bis März 2012 habe eine Kälte im Unterschenkel persistiert, wobei dies heute nicht mehr objektiviert werden könne. Die Fussimpulse seien gut zu tasten. Es bestehe kein Hinweis für eine Verlängerung der Rekapillarierungszeit und persistierende Sensibilitätsstörungen gäben sich nicht.

Die Patientin werde zum MRI des rechten OSG angemeldet mit der Frage nach einer osteochondralen Läsion und dem Zustand des Aussenbandapparates/

Syndesmose sowie der Peronealsehne. Die Beschwerden seien nach jetziger Einschätzung einer anatomischen Struktur nicht klar zuzuordnen. Sollte man im MRI keinen die Beschwerden erklärenden Befund nachweisen können, wäre eine neurologische Abklärung angezeigt. Die Patientin erhalte ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für 50 % bis zum 18. Juli 2012 (S. 2).

### **E. 3.4**

Ergänzend nannte Dr. E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 13. Juli 2012 (Urk. 7/M 00

### **E. 3.5**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Oberarzt Neurologie, F.\_\_\_\_ Klinik, nannte nach am 5. September 2012 durchgeführter neurologischer Abklärung einer rechtsseitigen Fussymptomatik der Beschwerdeführerin in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 7/M006) als Diagnose einen Status nach OSG-Distorsionstrauma rechts am 25. November 2011 mit/bei persistierenden Beschwerden im Bereich des OSG (S. 1). Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, die Anamnese, der klinische Status und die elektrophysiologische Untersuchung inklusive sudomotorische Reizantwort an den Füssen seien allesamt unauffällig und ohne Hinweis für einen Schaden an Nerven oder Nervenwurzeln gewesen.

Ebenfalls hätten sich keine Hinweise für ein manifestes CRPS gezeigt, dass allerdings in diesen Konstellationen immer diskutabel sei. Die Patientin sei gut betreut in der Schmerzklinik. Eine Infiltrationstherapie in den Grenzstrang und additiv eine medikamentöse Symptombdistanzierung werde durchgeführt (S. 2 unten).

### **E. 3.6**

In seinem Bericht vom 19. November 2012 (Urk. 7/M007) nannte

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, I.\_\_\_\_, als Diagnose einen SIP (Sympathetically Independent Pain) bei CRPS I bei Zustand nach Distorsionstrauma OSG vom November 2011 und eine depressive Episode, gegenwärtig leicht bei erfolgreicher Duloxetin-Einstellung.

Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, das aktuell zu behandelnde Schmerzmuster sowie die in Reaktion aufgetretene depressive Episode stünden seines Erachtens zweifelsfrei in direktem Zusammenhang mit dem damaligen Unfallereignis.

In der Folge unterzog sich die Beschwerdeführerin angesichts der anhaltenden Schmerzproblematik in der I.\_\_\_\_ verschiedenen medizinischen Abklärungen und Behandlungen,

unter anderem Infiltrationen, welche

lediglich kurzzeitig zu einer Verbesserung führten (vgl. Urk. 7/M 00

### **E. 3.7**

Dr. E.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 23. Oktober 2014 (Urk. 7/M020) als Diagnose einen Status nach Release des Nervus peroneus superficialis distaler lateraler Unterschenkel rechts vom 13. Oktober 2014 (S. 1). Die Vorstellung der Patientin sei 10 Tage postoperativ zur Wundkontrolle erfolgt. Eine Besserung sei postoperativ noch nicht eingetreten und die Patientin beschreibe, dass zusätzlich ein Elektrisieren im Bereich des Fussrückens bestehe (S. 1).

In der Folge beklagte die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungen an der F.\_\_\_\_ Klinik vom 26. November 2014 und vom 8. Januar 2015 eine unveränderte Beschwerdeproblematik postoperativ (vgl. Urk. 7/M 024- 025).

### **E. 3.8**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Konsiliarbericht vom 18. November 2014 (Urk. 7/M021) folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 9 Ziff. 5): - Schmerzsyndrom bei somatischer Problematik im Bereich des rechten Sprunggelenks mit resultierenden Schlafstörungen und erhöhter Erschöpfbarkeit - rezidivierende depressive Störung, aktuell weitestgehend remittiert (ICD-10 F33.4)

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. J.\_\_\_\_ aus, aufgrund der rein psychiatrischen Diagnosen im Sinne einer remittierten Episode eines rezidivierenden depressiven Zustandsbildes ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Schmerzsyndrom mit resultierenden Schlafstörungen und damit nachvollziehbar erhöhter Erschöpfbarkeit und erhöhtem Erholungsbedarf am Tag indes führten dazu, dass die Versicherte insgesamt mehr und längere Pausen zur Erholung benötige, was sie offensichtlich im Rahmen ihrer aktuellen 80%igen Arbeitstätigkeit zu leisten vermocht habe (S. 10 Ziff. 7).

Die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische stützend begleitende Behandlung inklusive Pharmakotherapie erscheine aus heutiger Sicht sinnvoll und ausreichend (S. 10 Ziff. 8).

Dr. J. \_\_\_ hielt fest, dass die bestehenden Beschwerden mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise auf das Ereignis vom 25. November 2011 zurückzuführen seien (S. 10 Ziff. 9 Frage 1).

Aus psychiatrischer Sicht könne ein Status quo sine beziehungsweise ein Status quo ante erst dann erreicht werden, wenn die somatische Behandlung abgeschlossen sei beziehungsweise hier keine Veränderungen mehr zu erwarten seien. Dieses sei bei erst kürzlich zurückliegender Operation und aktueller Rekonvaleszenz nicht der Fall (S. 10 Ziff. 9 Frage 2). Aktuell sei das psychiatrische Beschwerdebild weitestgehend remittiert, wozu die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung beigetragen habe. Durch die Fortführung der Therapie sei aus psychiatrischer Sicht zwar keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten, sie verhindere aber die erneute Dekompensation (S. 11 Ziff. 9 Frage 3).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass es ihr im Rahmen der sehr schwierigen Ehe und später auch in der Trennungs- und Scheidungssituation immer wieder sehr schlecht gegangen sei. Sie sei damals immer wieder nicht in der Lage gewesen zu arbeiten, und habe bei der Erziehung ihrer Kinder Unterstützung gebraucht (S. 5 f. Ziff. 2.4.1).

In den Jahren 2000 bis 2005 habe sie begleitend psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung eingeholt. Seit etwa dem Jahr 2005 habe sie sich psychisch eigentlich immer gut und ausgeglichen gefühlt, und kurz vor dem Unfall noch ihren heutigen Partner kennengelernt, was zusätzlich noch zu ihrer Zufriedenheit beigetragen habe. Zum Unfallzeitpunkt habe sie sich somit psychisch gesund und unbelastet gefühlt (S. 6 oben).

Dr. J. \_\_\_ führte aus, zwar sei der Unfall der Versicherten eher als leicht, wenn nicht gar bagatelitär, einzustufen, eingebettet in ihre Lebensgeschichte mit einem grossen Streben nach Autonomie und der beruflichen Tätigkeit als Ressource bekomme die unfallbedingte körperliche Einschränkung der Versicherten aber insgesamt doch eine grössere Bedeutung, und eine gewisse Unfallkausalität im Sinne einer Kausalkette sei zumindest für einen Teil der depressiven Symptomatik durchaus anzunehmen (S. 9 unten f.).

Gleichzeitig müsse aber auch gesagt werden, dass die Versicherte eben im Rahmen der schwierigen Lebensgeschichte schon früher unter behandlungsbedürftigen Depressionen gelitten habe und somit bereits definitionsgemäss ein rezidivierendes depressives Leiden vorliege, bei dem pathogenetisch immer eine multifunktionelle Genese angenommen werden müsse. Deshalb sei insgesamt davon auszugehen, dass es sich hier am ehesten um konkurrierende Kausalitäten gleicher Anteile handle (S. 10 oben).

### **E. 3.9**

Am 19. Januar 2015 erstattete Dr. A. \_\_\_ seinen Konsiliarbericht (Urk. 7/M023). Er habe die Versicherte am 15. Januar 2015 untersucht (S. 1). Laut ihren Angaben sei sie aktuell 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 3 Mitte).

Dr. A. \_\_\_ führte aus, zusammenfassend handle es sich um einen bisher unbefriedigenden Verlauf bei Status nach OSG-Distorsion rechts mit im Verlauf fehlenden pathologischen Befunden artikular bis auf den Status nach lateralen Bandverletzungen ohne andere Binnenläsionen, mit aber Entwickeln eines neuropathischen Schmerzsyndromes des

distalen Unterschenkels sowie des rechten Sprunggelenkes und des rechten Fusses. Zusätzlich sei es zu einer neuropathischen Schmerzverstärkung bei Status nach operativem Release des Nervus peroneus superficialis am distalen lateralen Unterschenkel rechts am 13. Oktober 2014 gekommen. Bei vorausgegangener CRPS 1-Komplikation, die er jetzt nicht mehr bestätigen könne, sei der Eingriff insofern als heikel zu beurteilen, da bereits schon vorausgehend eine neuropathische Schmerzsymptomatik bestanden habe (S. 4 oben).

Dr. A. \_\_\_ hielt fest, es bestehe eine Zunahme dieser neuropathischen Schmerzkomponente mit leider wiederum voller Arbeitsunfähigkeit. Vor dem Eingriff sei die Beschwerdeführerin knapp 80 % pensumsbeschäftigt gewesen und habe dies bewältigen können.

Entsprechend dieser prognostisch schwierigen Problematik mit therapeutisch begrenzten Optionen sei der mittel- bis längerfristige Verlauf kritisch zu vermuten, wobei er zum jetzigen Zeitpunkt noch keine genauere Prognose abgeben könne. Ein Endzustand sei noch nicht erreicht.

Es sei begrüssenswert, dass die Versicherte jetzt an der rheumatologischen Abteilung an der F. \_\_\_ Klinik weiterbetreut werde, wobei es vor allem darum gehe, das neuropathische Schmerzmuster besser kontrollieren zu können (S. 4 Mitte).

Dr. A. \_\_\_ führte abschliessend aus, die Unfallkausalität sei überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, es bestehe eine klare Brückensymptomatik für die geschilderten Beschwerden ohne unfallfremde Faktoren. Ein Status quo ante sei nicht erreicht (S. 4 unten). Die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei notwendig, um mindestens noch eine teilweise Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen zu können. In welchem Ausmass und welcher Tätigkeit die Versicherte nach Erreichen eines Endzustandes schliesslich tätig sein könne, müsse im Verlauf beurteilt werden (S. 5 oben).

### **E. 3.10**

Dr. med. K. \_\_\_, Leitender Oberarzt Rheumatologie, F. \_\_\_ Klinik, stellte in seinem Bericht vom 19. Februar 2015 (Urk. 7/M026) folgende Diagnosen (S. 1): - Exazerbation eines chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms OSG-Region und lateraler Fussrand rechts - bei Status nach Release des Nervus peroneus superficialis Oktober 2014 - bei möglichem Entrapement des Nervus peroneus superficialis an der Austrittsstelle distaler lateraler Unterschenkel - Status nach OSG-Distorsionstrauma rechts November 2011 - mit Läsion des Ligamentum fibulotalare anterius rechts - im Verlauf gemäss Aktenlage Entwicklung eines CRPS I - Status nach intensiver Behandlung an der I. \_\_\_ inklusive zwei Grenzstranginfiltrationen - über die Zeit Verbesserung der Symptomatik

Dr. K. \_\_\_ führte aus, er habe die Patientin am 19. Februar 2015 ambulant gesehen (S. 1). Sie sei von der Fusschirurgie überwiesen worden zur weiteren Betreuung. Es bestehe eine lange Vorgeschichte mit initial OSG-Distorsions trauma, Nachweis einer Läsion des Ligamentum fibulotalare anterius und zu mindest gemäss Aktenlage Entwicklung eines CRPS I (S. 2 unten f.). Aktuell lasse sich aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung kein aktives CRPS I mehr nachweisen. Das Problem sei im Moment auch eine fehlende Arbeitsfähigkeit bei sehr rascher Schmerzexazerbation bei Belastung des rechten Fusses. Die therapeutischen Optionen seien in seinen Augen praktisch ausgeschöpft (S. 3).

### **E. 3.11**

Ergänzend nannte Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 1. April 2015 (Urk. 7/ M027) als Diagnose eine leichtgradige Hepatopathie, am ehestens medi ka men tös. Zum Verlauf führte er aus, der Patientin gehe es zwischenzeitlich nicht bes ser. Die Schmerzen im Bereich des rechten Fusses seien rückgehend etwas besser, aktuell eher wieder verschlechtert.

Aufgrund der Voruntersuchungen könne ein CRPS I des rechten Fusses bestätigt werden. Diesbezüglich sei auch eine erneute Konsultation bei Dr. H.\_\_\_\_ in der I.\_\_\_\_ erfolgt (S. 1). Die Patientin wolle vorerst von Infiltra tionen absehen, und die therapeutischen Optionen seien somit eingeschränkt . Dr. K.\_\_\_\_ hielt abschliessend fest, er habe die Patientin nochmals zu 100 % ar beitsunfähig geschrieben (S. 2).

### **E. 3.12**

Dr. K.\_\_\_\_ führte nach Konsultation der Beschwerdeführerin am 4. Juni 2015 in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 7/M 029) aus, es gehe ihr zwischen zeitlich praktisch unverändert (S. 1). Im Moment bestehe eine Stabilisierung der Situation, die Schmerzsymptomatik sei allerdings nicht relevant gebessert. Die Physiotherapie an der Uniklinik L.\_\_\_\_ sei grundsätzlich positiv, allerdings habe die Spiegeltherapie nicht weitergeführt werden können. Der Plan sei nun, dass die Patientin wieder ausschliesslich Physiotherapie wohnortsnahe durch führe. Die Patientin habe eine Anstellung in einem Pensum von 85 % in einem Kinderhort. Sie sei dort gut betreut durch das Case-Management. Sie plane, nach den Sommerferien wieder einen Arbeitsversuch zu machen. Zudem mache sie über die Invalidenversicherung einen Deutsch-Sprachkurs. Dr. K.\_\_\_\_ führte abschliessend aus, er habe die Patientin nochmals zu 100 % arbeitsunfähig ge schrieben, und sie werde ihn informieren, ob für den Arbeitsversuch eine teil weise Arbeitsfähigkeit notwendig sei (S. 2).

### **E. 3.13**

In seinem nach Konsultation der Beschwerdeführerin vom 11. August 2015 glei chentags verfassen Bericht (Urk. 7/M030) führte Dr. K.\_\_\_\_ aus, seit der letz ten Konsultation anfangs Juni 2015 sei der Verlauf unverändert. Es werde weiterhin regelmässig Physiotherapie durchgeführt, allerdings bestehe keine nachhaltige Linderung der Schmerzen (S.1).

Es sei bei früher festgestellter Hepatopathie eine Blutuntersuchung wiederholt wor den. Die Leberwerte seien stabil leichtgradig erhöht. Bezüglich des chronifi zierten neuropathischen Schmerzsyndroms im Bereich der Sprunggelenkregion rechts mit Teilaspekten eines CRPS I sei der Verlauf nun stagnierend. Die wei teren therapeutischen Optionen seien eingeschränkt. Infiltrationen kämen für die Patientin im Moment nicht in Frage . Im Moment sei die Patientin noch zu 100 % arbeitsunfähig bis Ende August. Dann werde wahrscheinlich ein Arbeits versuch in einem kleinen Pensum erwogen (S. 2).

### **E. 3.14**

In seinem Bericht vom 8. Oktober 2015 (Urk. 7/M033) bestätigte Dr. K.\_\_\_\_ weiter hin einen unerfreulichen Verlauf. Es habe eine Pause der Physiotherapie stattgefunden. Positiv zu werten sei, dass die Patientin zwar in einem geringen Pensum aber doch wieder regelmässig einer Arbeit nachgehe (S. 1 unten). Es werde bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ein Arbeitsversuch im Umfang von 11 % durchgeführt (S. 2).

### **E. 3.15**

In seinem Verlaufsbericht vom 16. November 2015 (Urk. 7/M034) führte Dr. K.\_\_\_\_ aus, bei der Patientin seien eigentlich schon sämtliche möglichen therapeutischen Massnahmen auch für ein CRPS I (Morbus Sudeck) durchgeführt worden. In den folgenden Konsultationen seien die Schmerzen im Bereich des rechten Fusses immer in etwa unverändert stark vorhanden. Nach gemeinsamer Besprechung habe die Patientin nun in einem ganz geringfügigen Pensum ihre ursprüngliche Tätigkeit im Sinne eines Arbeitsversuches ab Ende August 2015 wieder aufnehmen können. Das Ziel wäre es, langsam und nach Angaben der Beschwerden das Arbeitspensum weiter zu steigern (S. 1).

### **E. 3.16**

Dr. K.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2015 (Urk. 7/M 0 36 ) aus, die Beschwerdeführerin habe sich zwischenzeitlich Verbrennungen ersten Grades im Bereich des Gesichtes, des Dekolletée und des rechten Armes zugezogen. Die Abheilung sei soweit komplikationslos, es bestünden aber lokal weiterhin Schmerzen. Aufgrund der Verbrennungen sei sie aktuell zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Unter weniger Belastung hätten auch weniger Schmerzen im Bereich des rechten Fusses bestanden, diese seien zuvor aber unter Alltagsaktivität, aber auch dem Arbeitsversuch, praktisch unverändert stark vorhanden gewesen. Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, es bestehe weiterhin keine relevante Verbesserung der Schmerzen im Bereich des rechten Fusses, die Schmerzen seien immer noch stark einschränkend für Tätigkeiten zu Hause, aber auch für die berufliche Tätigkeit. Der Arbeitsversuch habe zuletzt etwas gesteigert werden können (S. 1 unten). Der natürliche Verlauf im Bereich des rechten Fusses müsse abgewartet werden. Zusätzliche medizinische Massnahmen könne er der Patientin nicht anbieten. Eine Verlaufskonsultation sei in zwei Monaten vereinbart worden (S. 2).

### **E. 3.17**

Dr. phil. M.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, I.\_\_\_\_, führten in ihrem Bericht vom 13. Januar 2016 (Urk. 7/M 0 37 ) aus, die Ende November bei einem Haushaltsunfall erlittenen Brandverletzungen mit zeitweiser Arbeitsunfähigkeit seien inzwischen ausgeheilt. Die depressive Symptomatik sei aktuell unter antidepressiver Medikation weitgehend remittiert. Geblieben seien eine hartnäckige Erschöpfung und eine erhöhte Tagesmüdigkeit, zu erklären durch schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen. Es finde seit Mitte Januar 2016 eine Akkupunkturbehandlung statt (S. 1).

Aufgrund der hohen Motivation der Patientin, sich wieder in den Arbeitsbetrieb einzugliedern, und unter der anderen Qualität der Auseinandersetzung mit den weiterhin bestehenden Einschränkungen sei die Prognose aus psychologischer Sicht als günstig zu bewerten (S. 2).

### **E. 3.18**

Nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 21. Januar 2016 erstattete Dr. A.\_\_\_\_ am 26. Januar 2016 seinen Konsiliarbericht (Urk. 7/M039).

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin verfüge über gute Deutschsprachkenntnisse, sei freundlich, kooperativ und differenziert in den Angaben.

Beim Sitzen im Wartezimmer und bei der Anamneseerhebung und Besprechung über eine Stunde habe er kein Schon- oder Ausweichverhalten respektive eine Schmerzperzeption feststellen können. Das Gangbild sei flüssig und ohne Schonhinken. Das Aus- und

Ankleiden sei unauffällig geschehen (S. 3 unten).

Es hätten sich symmetrische Beinachsen sowie ein symmetrischer Zehen- und Fersenabstand gezeigt. Der Einbeinstand links/rechts sei unauffällig gewesen. Das Colorit, der Tonus und die Hautbeschaffenheit seien an den unteren Extremitäten symmetrisch unauffällig, aktuell bestünden keine Hinweise für eine CRPS-Aktivität. Es habe sich eine freie und nicht eingeschränkte, schmerzlose Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenk symmetrisch beidseits gezeigt (S. 4 oben).

Dr. A. \_\_\_ führte aus, verglichen mit den in den Berichten regelmässig beschriebenen limitierenden Restbeschwerden und einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hortassistentin von lediglich 17 % sei das Bewegungsverhalten, das Gangbild und das Sitzverhalten insofern diskrepant, als dass er keinerlei Schon- oder Ausweichverhalten oder eine Schmerzperzeption wahrnehmen könne. Bei all diesen Positionen und Bewegungsabläufen klagte die Versicherte nicht über Beschwerden (S. 4 Mitte).

Reproduzierbar im Untersuchungsbericht sei eine diffuse nicht näher spezifizierbare Oberflächenberührungsqualitäts-Veränderung gegenüber links am mittleren und distalen, ventralen und lateralen Unterschenkel rechts und diffus im Bereich des Fusses und Sprunggelenkes rechts gegenüber links, wobei dies neurologisch nicht zugeordnet werden könne. Eine CRPS-Aktivität fehle, und dazu komme eine strukturell ebenfalls nicht zuordenbare diffuse Druckdolenz periartikulär im Bereich des rechten Sprunggelenkes.

Dr. A. \_\_\_ führte aus, das Schmerzbild sei nicht klar, allenfalls bestehe zusätzlich eine Somatisierungsstörung respektive Schmerzverarbeitungsstörung im Rahmen einer auch psychologisch-psychiatrischen Belastungssituation. Solche Fragen seien schwierig zu beurteilen. Klinisch und aufgrund des erwähnten Verhaltens bestünden nur noch geringe reproduzierbare Befunde, die strukturell schwierig zuordenbar seien (S. 4 f. unten).

Eine weitere Diskrepanz sei eine symmetrische Umfangmessung an Ober- und Unterschenkel. Aufgrund des über vier Jahre andauernden schmerzsymptomatischen Verlaufes müsste man zumindest eine gewisse Schonatrophie an der betroffenen rechten unteren Extremität erwarten (S. 5 oben).

Dr. A. \_\_\_ hielt fest, er beurteile diese Diskrepanzen nicht etwa als mangelnde Kooperation oder Compliance, sondern diese seien unklar, ebenso das Beschwerdebild in diesem Ausmass. Es sei nicht möglich, anlässlich einer konsiliarischen Untersuchung diese komplexen Fragen zu beantworten, weshalb er eine neurologische Abklärung mit Frage nach neurogener Mitbeteiligung, Denervationen und Eingrenzung des Beschwerdebildes aus neurologischer Sicht empfehle. Zudem empfehle er eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen. Dr. A. \_\_\_ führte aus, er könne aufgrund der erwähnten Auffälligkeiten respektive Diskrepanzen das Belastungsprofil nicht definieren oder eingrenzen. Entsprechend sei eine differenzierte Testung der Belastbarkeit sinnvoll, um zu beurteilen, welche Tätigkeiten zumutbar und welche Arbeitspositionen günstiger seien. Es sei möglich, dass die angestammte Tätigkeit diese Kriterien zu wenig erfülle, und eine berufliche Umstellung notwendig werde (S. 5 Mitte).

Nach Erhalt dieser Daten könne er die Situation erneut beurteilen, er gehe nämlich davon aus, dass ein Endzustand erreicht sei ohne Aussicht auf eine relevante Verbesserung unter zusätzlich somatisch ansetzenden Therapieoptionen. Dies schliesse er aus dem Verlauf und der praktischen Therapieausschöpfung bis heute. Die geplante Akupunktur sei eine sinnvoll

zu versuchende Option, er be zweifle jedoch, dass darunter eine relevante Änderung des Verlaufs resultiere (S. 5 unten f.).

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, zum jetzigen Zeitpunkt beurteile er noch eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität, im Verlauf müsse der Endzustand diskutiert werden mit dann, auch seitens des Unfallversicherers wahrscheinlich bei grün detem Abschluss des Falles. Die Frage nach der Integritätsentschädigung wolle er noch nicht beantworten, da die von ihm empfohlenen Abklärungen und Berichte fehlten. Eine Evaluation der Integritätsentschädigung sei erst nach definitiv erreichtem Endzustand und abschliessenden Abklärungen beurteilbar (S. 6 oben). Schliesslich werde allenfalls eine mehrdisziplinäre Begutachtung einschliesslich einer psychiatrischen Mitbeurteilung notwendig werden, dies könne erst nach Abschluss der erwähnten Untersuchungen entschieden werden.

Als Bemerkung erlaube er sich, kritisch auf die Diagnose neuropathisches Schmerzsyndrom hinzuweisen. Dies sei bekanntlich eine schwierige Diagnose und könne ohne neurologische Mitbeurteilung kaum gestellt werden. Es sei offensichtlich, dass sämtliche Therapieoptionen, die fachärztlich evaluiert und verschrieben worden seien, unergiebig geblieben seien, und warum zum Beispiel eine Spiegeltherapie schmerzverstärkend wirke, sei ihm nicht klar. Zumindest müsse ein solcher Verlauf mit angegebener absoluter Therapieresistenz die Frage aufwerfen, ob all diese Schmerzphänomene allein somatisch erklärbar seien (S. 6 Mitte).

### **E. 3.19**

Dr. K.\_\_\_\_ führte nach Konsultation der Beschwerdeführerin am 18. Februar 2016 in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 7/M 0 38 ) aus, es gehe der Patientin zwischenzeitlich praktisch unverändert. Weiterhin bestünden die rasch zunehmenden Schmerzen im Bereich des rechten Fusses bei Belastung, aber auch in Ruhe. Im Bereich des Fusses stagniere der Heilungsverlauf bei chronisch-neuropathischem Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Fusses weiter hin. Die Medikation bleibe vorerst unverändert, und die Patientin solle auch weiterhin Physiotherapie machen. Die Patientin beabsichtige, eine Akupunkturbehandlung zu versuchen (S. 1). Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, von seiner Seite schreibe er die Patientin weiterhin arbeitsunfähig mit Arbeitsversuch im üblichen Umfang von 18 % (S. 2).

### **E. 3.20**

Am 29. Februar 2016 erstattete Dr. B.\_\_\_\_ ihr psychiatrisches Konsilium (Urk. 7/ M040). Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, Anlass zur konsiliarischen Abklärung bei ihr sei die Tatsache, dass die Versicherte fortgesetzt körperliche und psychische Beschwerden geltend mache, und der Umstand, dass sie seit September 2014 erneut zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 1).

Als psychiatrische Diagnose nannte Dr. B.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert unter Behandlung (ICD-10 F33.4). Die heutige Einschätzung stimme mit jener von Dr. J.\_\_\_\_ überein. Die Restbeschwerden mit rascher Ermüdbarkeit und meist schmerzbedingt gestörtem Nachtschlaf hätten keinen Krankheitswert im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung.

Im Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom 18. November 2014 sei eine ausführliche Diskussion der Krankheitsentwicklung und der aktuellen Diagnose, die bereits im November 2014 gleich gelautet habe wie heute, dargestellt. Darauf werde verwiesen (S. 9 unten). Ergänzend könne heute, eineinhalb Jahre später, festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin bezüglich ihrer depressiven Störung unter gleichbleibender Medikation und psychotherapeutischer

Begleitung in monatlichen Abständen anhaltend remittiert geblieben sei und sich da mit weiter stabilisiert habe. Die hier vorgenommene Einschätzung stimme auch mit derjenigen der behandelnden Psychologin gemäss deren Bericht von Ende Januar 2016 überein (S. 10 oben).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, es sei hier nochmals festzuhalten, dass eine rezidivierende depressive Störung bereits vor dem Unfallereignis vom 25. November 2011 bestanden habe, und dass auch nach dem Unfall belastende unfallfremde Faktoren (Belastung durch die heranwachsenden Kinder, mangelhafte Abgrenzung von diesen) bestünden, die gleichzeitig als überwiegend wahrscheinlich teilkausal für die - derzeit remittierte - depressive Störung der Beschwerdeführerin verantwortlich seien. Der Vollständigkeit halber sei hier erwähnt, dass der Haushaltunfall am 30. November 2015 als Bagatellunfall zu bewerten sei und die Verbrennungen 1. Grades folgenlos abgeheilt seien (S. 10 Mitte).

Der unfallkausale Anteil des Unfalls vom 25. November 2011 beim hier diagnostizierten psychiatrischen Leiden sei abnehmend - und damit auch der Anteil am Behandlungsbedarf. Es sei nach heutigem Kenntnisstand des Vorzustandes, des unfallbedingten Anteils und der unfallfremden Anteile, davon auszugehen, dass spätestens Ende 2017 der Status quo sine erreicht sein werde und die Unfallkausalität für dann allenfalls noch geltend gemachtes psychisches Leiden verneint werden müsse (S. 10 unten).

Angesichts der hier dargelegten Überlegungen und des günstigen Verlaufs seit 2011 mit zunehmender Stabilisierung der Stimmung sei davon auszugehen, dass spätestens Ende 2017 bezüglich der Psyche der Status quo sine erreicht sein werde (S. 11 oben).

Zur Erhaltung der erreichten psychischen Stabilität sei die Fortsetzung der laufenden Behandlung bis Ende 2017 zu empfehlen, dies im Rahmen der Behandlung eines teilkasualen unfallbedingten psychischen Leidens. Derzeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 11 unten). Nach der letzten chirurgischen Intervention im September 2014 habe sich die zunächst posttraumatisch wieder erlangte Arbeitsfähigkeit nicht mehr wieder etablieren lassen können. Die Arbeitsunfähigkeit sei stets somatisch begründet gewesen, so auch jetzt. Eine Bewertung der Wertigkeit einer ganzen oder teilweisen oder fehlenden Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen müsse durch den entsprechenden rheumatologischen Facharzt vorgenommen werden (S. 12 oben). Aus psychiatrischer Sicht sei - bei anhaltend remittierter depressiver Störung - seit dem 18. November 2014 fortlaufend bis heute keine Arbeitsunfähigkeit begründet (S. 12 Mitte). 4.

#### 4.1

In medizinischer Hinsicht ist aufgrund der Aktenlage erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin in aufgrund des Ereignisses vom 25. November 2011 am rechten Fussgelenk eine OSG-Distorsion mit Läsion des linken Ligamentum fibulotarsale anterius mit kleinen schalenförmigen Ausrissen im Talusbereich zugezogen hatte (vorstehend E. 3.1-2). Die persistierenden Schmerzen wurden vorerst konservativ behandelt. Bereits Dr. E.\_\_\_\_ konnte im Juli 2012, rund sieben Monate nach dem Unfall, die angegebenen Beschwerden einer anatomischen Struktur

nicht zuordnen und veranlasste weitere Abklärungen, namentlich ein MRI sowie neurologische Abklärungen, welche alle unauffällig waren. Bei Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung erfolgte eine Überweisung an die I.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

3.3-5).

Nachdem auch die Behandlungsversuche der Fachpersonen der I. \_\_\_ keine genügende Beschwerdelinderung verschaffen konnten (vgl. vorstehend E. 3.6), wurde mit Operation vom 13. Oktober 2014 ein Release des Nervus peroneus superficialis am rechten distalen lateralen Unterschenkel durchgeführt, wonach wiederum unveränderte respektive verstärkte Beschwerden beklagt wurden (vgl. vorstehend E. 3.7).

Dr. A. \_\_\_ verneinte in seinem Konsiliarbericht vom Januar 2015 (vgl. vorstehend E. 3.9) das Vorliegen eines Endzustandes und erachtete zu diesem Zeitpunkt die Unfallkausalität der Beschwerden für überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen.

Der in der Folge behandelnde Rheumatologe Dr. K. \_\_\_ führte bereits in seinem Bericht vom Februar 2015 (vgl. vorstehend E. 3.10) aus, dass die therapeutischen Optionen praktisch ausgeschöpft seien. Zunächst verneinte er den Nachweis eines aktiven CRPS I, bestätigte das Vorliegen eines solchen jedoch in seinem Folgebericht vom April 2015 (vgl. vorstehend E. 3.11). Eine Besserung der Symptomatik konnte Dr. K. \_\_\_ in seinen Verlaufsberichten vom Juni bis Dezember 2015 nicht verzeichnen und berichtete von einem unveränderten, stagnierenden Beschwerdebild. In seinem Bericht vom Dezember 2015 führte er überdies aus, er könne der Beschwerdeführerin keine zusätzlichen Massnahmen anbieten (vgl. vorstehend E. 3.12-16). 4.2

Vor diesem Hintergrund hielt Dr. A. \_\_\_ in seinem Konsiliarbericht vom Januar 2016 nachvollziehbar fest, dass er aufgrund des Verlaufes und der praktischen Therapieausschöpfung davon ausgehe, dass ein Endzustand erreicht sei. Auch von der Akkupunkturbehandlung erwartete er keine namhafte Besserung der Beschwerdesymptomatik (vgl. vorstehend E. 3.18 ).

Gestützt auf diese Äusserungen erachtete die Beschwerdegegnerin in somatischer Hinsicht den Endzustand per Begutachtungsdatum bei Dr. A. \_\_\_ am 21. Januar 2016 für erreicht, welches Vorgehen sich als korrekt erweist.

Im Weiteren verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ausführungen von Dr. A. \_\_\_ das Fortbestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen den von Dr. A. \_\_\_ in seiner konsiliarischen Beurteilung vom Januar 2016 festgestellten geringen reproduzierbaren Beschwerden ohne organisches Korrelat und dem Unfallereignis.

Dr. A. \_\_\_ beschrieb, dass er anlässlich seiner Untersuchung weder ein Ausweich- oder Schonverhalten noch eine Schmerzperzeption habe feststellen können. Weiter sprach er von einem flüssigen Gangbild ohne Schonhinken. Eine CRPS-Aktivität verneinte er und begründete dies auch schlüssig. Bei sämtlichen Bewegungen habe die Beschwerdeführerin nicht über Schmerzen geklagt. Weiter stellte Dr. A. \_\_\_ eine freie und nicht eingeschränkte schmerzlose Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenk fest sowie das Fehlen einer Schonatrophie.

In der Folge beschrieb Dr. A. \_\_\_ das Schmerzbild als unklar und stellte den Verdacht auf eine Somatisierungs- respektive eine Schmerzverarbeitungsstörung. Zusammenfassend konnte Dr. A. \_\_\_ im Ergebnis - auch wenn seine Ausführungen etwas unklar sind - keine wesentlichen Befunde mehr erheben respektive eine Diagnose stellen, die auf das Unfallereignis vom 25. November 2015 zurückzuführen gewesen wäre, weshalb sich in Bezug auf die somatischen Beschwerden die Leistungseinstellung auf den Zeitpunkt seiner Untersuchung als rechtens erweist. 4.3

Was das Vorliegen von psychischen Beschwerden anbelangt, konnte Dr. B.\_\_\_\_ die von Dr. A.\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer Somatisierungs- respektive einer Schmerzverarbeitungsstörung nicht bestätigen (vgl. vorstehend E. 3.20).

Die rezidivierende depressive Störung war gemäss Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom November 2014 (vgl. vorstehend E. 3.8) sowie den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ bereits vorbestehend zum Unfallereignis vom 25. November 2011. Dr. B.\_\_\_\_ sprach den psychischen Leiden zumindest eine Teilkausalität zum Unfallereignis zu. Dr. phil. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ von der Schmerzlinik bestätigten in ihrem Bericht vom Januar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.17) eine weitgehende Remission der depressiven Symptomatik unter antidepressiver Medikation. Der von ihnen erwähnten Erschöpfung und Tagesmüdigkeit mass bereits Dr. J.\_\_\_\_ in ihrem Konsiliarbericht vom November 2014 (vgl. vorstehend E. 3.8) keine massgebende Bedeutung zu, ebenso wenig tat dies Dr. B.\_\_\_\_.

Vorliegend erübrigt sich jedoch die Frage nach dem Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs, da es bei nur leichtem Unfallereignis an der Adäquanz fehlt. So geht aus dem in der Unfallmeldung vom 29. November 2011 festgehaltenen Unfallbeschrieb, den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ nach Konsultation vom 25. November 2011 und den Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ vom Juli 2012 hervor, dass die Beschwerdeführerin die Treppe hinuntergefallen sei, indem sie den letzten Tritt übersehen habe (vgl. vorstehend E. 3.1-3). Es handelt sich da mit um einen leichten Unfall, womit die Kausalität von allfälligen im Zusammenhang mit dem Ereignis geltend gemachten psychischen Beschwerden verneint werden muss (vgl. vorstehend E. 1. 7). 4.4

Aufgrund des Gesagten erweist sich der Einspracheentscheid vom 29. Juni 2016 (Urk. 2) und damit die Leistungseinstellung für die somatischen Beschwerden per 21. Januar 2016 und für die psychischen Beschwerden per 15. Februar 2016 als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Unfallversicherung Stadt Zürich - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

**E. 8**

0 10, Urk. 7/M 0 12, Urk. 7/M 01 4-16) .

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