

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00194 vom 26. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00194)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00194 du 26 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00194 del 26 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1966 geborene X.\_\_\_\_

war zuletzt von 1. April 2000 bis 30. September 2013 als Dipl. Pflegefachfrau im Y.\_\_\_\_ angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der AXA Versicherungen AG

(nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 11. Juli 2011 liess sie der AXA mitteilen, dass sie am 2. Juli 2011 beim Treppenlaufen den Fuss verdreht habe

(Urk. 10/A1 und Urk. 10/A244/B1). Der am 11. Juli 2011 konsultierte erstbehandelnde Dr. med. Z.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, stellte die vorläufige Diagnose einer Distorsion des oberen Sprunggelenkes rechts (Bericht vom 22. Juli 2011 ;

Urk. 10/M3).

Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) und liess die Versicherte durch Dr. med. A.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, Spez. Rheumaerkrankungen, bidisziplinär begutachten (Expertisen vom 27. November und 18. Dezember 2014, ergänzt am 14. Februar und 4. März 2015; Urk. 10/M113, Urk. 10/M111, Urk. 10/M115 und Urk. 10/M116). Zudem holte sie bei ihrem beratenden Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation spez. Rheumaerkrankungen FMH, ein Aktengutachten ein (Bericht vom 9. Juni 2016; Urk. 10/M118).

Mit Verfügung vom 26. März 2015 schloss die AXA den Fall per 31. Dezember 2014 ab und stellte ihre Leistungen ein. Einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte sie mit der Begründung, die Beschwerden stünden höchstens möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis (Urk. 10/A374). Die von der Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache vom 12. Mai 2015 (Urk. 10/A380) wies die AXA am 8. Juli 2016 ab (Urk. 2).

### **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 2. Juli 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**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das 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. 1.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 12. September 2016 Beschwerde ( Urk. 1) und beantragte, der

Einspracheentscheid vom 8. Juli 2016 sei aufzuheben und es sei die Vorinstanz anzuweisen, den IV-Grad festzusetzen und die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine UVG-Rente, zu erbringen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen, welches die Funktionsfähigkeit beziehungsweise Funktionseinschränkungen des rechten Fusses als Folge des Unfallereignisses vom 2. Juli 2011 feststelle. Am 5. Januar 2017 (Urk. 9) beantragte die AXA Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 10. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Am 22. Februar 2018 (Urk. 12) legte die Beschwerdeführerin das durch die Invalidenversicherung eingeholte Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 15. August 2017 (Urk. 13) auf. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass sie eine Begutachtung veranlasst habe, gemäss welcher aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden können und aus rheumatologischer Betrachtung die geltend gemachten Beschwerden nicht unfallkausal seien. Auf das Gutachten sei abzustellen (S. 3-5). Gemäss Gutachten habe das Auftreten eines CRPS nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können, ein solches sei – unter anderem aufgrund der langen Latenz

von 20.5 Wochen statt der vorgegebenen 6-8 Wochen – lediglich möglich (S. 6 f.). Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ habe sich zwar als Folge des Unfalles ein CRPS entwickelt, dieses sei jedoch folgenlos abgeheilt. Aufgrund dieser Komplikationen sei es zu einer verzögerten Ausheilung des talonaviculären osteochondralen und des syndesmodalen Schadens gekommen. Aber auch diese Verletzungen seien abgeheilt. Die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2014 sei somit zu Recht erfolgt (S. 7 f.).

Ergänzend hielt sie in ihrer Beschwerdeantwort ( Urk. 9 ) in Bezug auf angeblich widersprüchliche Aussagen zum allfälligen Vorliegen eines CRPS fest, Dr. B.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin erst mehr als drei Jahre nach dem Unfall untersucht und damit erst zu einem Zeitpunkt, als das CRPS gemäss Dr. C.\_\_\_\_ bereits ausgeheilt gewesen sei. Die Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ seien nicht widersprüchlich und würden übereinstimmend von einem Status quo sine spätestens per 31. Dezember 2014 ausgehen. Es lägen keine zu verlässigen Beurteilungen vor, welche die Gutachten widerlegen würden (S. 2 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ sei - aus näher dargelegten Gründen – weder schlüssig noch nachvollziehbar. Auch auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden (S. 12 ff.). Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum Vorliegen eines CRPS seien widersprüchlich, werde doch einerseits behauptet, ein solches habe aufgrund der langen Latenzzeit nicht vorgelegen, und andererseits ausgeführt, es sei bereits ausgeheilt (S. 16 ff.). Ohnehin bestehe das CRPS nach wie vor. Gemäss den schlüssigen Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, Innere Medizin, Ärztlicher Leiter der F.\_\_\_\_, bestünden unfallkausale Funktionseinschränkungen, welche zu einer anhaltenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit geführt hätten. Die Beschwerdegegnerin sei deshalb anzuhalten, ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen (S. 18 ff.). 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin suchte am 8. Januar 2006 wegen einer Schwellung und Schmerzen im mittleren Teil des Fussballens des rechten Vorfusses sowie wenig Schmerzausstrahlung in Dig. II das G.\_\_\_\_ auf. Gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberärztin Radiologie, waren keine traumatischen, entzündlichen oder anderweitigen pathologischen Veränderungen nachweisbar (Urk. 10/M111/191 f.). 3.2

Der am 11. Juli 2011 (nach dem Ereignis vom 2. Juli 2011) konsultierte erste handelnde Dr. med. Z.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, diagnostizierte eine Distorsion des oberen Sprunggelenkes (OSG) rechts und stellte eine Schwellung und Druckdolenz über den lateralen Bändern des rechten OSG fest (Bericht vom 22. Juli 2011 ; Urk. 10/M3). 3.3

Dem MRI des OSG vom 11. August 2011 ist folgende Beurteilung zu entnehmen: „Bildmorphologisch noch posttraumatische Knochenkontusion mit v.a. zusätzliche intraspongöse Frakturen im zentralen bzw. dorsalen Aspekt des Talus sowie auch Knochenkontusion im ventralen Anteil des Os naviculare. Zerrung der vorderen Syndesmosebänder " (Urk. 10/M12). 3.4

Erstmals äusserte Dr. E.\_\_\_\_ nach seinem Untersuchen vom 19. Dezember 2011 den dringenden Verdacht auf ein CRPS (Morbus Sudeck) am rechten Fuss. Er führte dazu aus, anhand der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen zeige die Beschwerdeführerin das Bild von subakuten bis chronischen Schmerzen im rechten OSG respektive Fuss, welche auf ein Distorsionstrauma vom 2. Juli 2011

zurückzuführen seien. Die Anamnese und die körperliche Untersuchung seien vereinbar mit einem CRPS I (Morbus Sudeck) am rechten Fuss. Dafür sprächen die Ruhe-/Nachtschmerzen, die Hyperästhesie und die Dysästhesie im rechten Fuss, das vermehrte Schwitzen und die deutlich kühlere Haut. An ein vermehrtes Haar- oder Nagelwachstum könne sie sich nicht erinnern. In den MRI-Untersuchungen habe sich ein subchondraler Defekt im medialen Anteil der Talusrolle gezeigt. Diese Veränderung sei eher vereinbar mit vorwiegend belastungsabhängigen Schmerzen und nicht mit Ruheschmerzen. Das CRPS sei wohl eine Komplikation des traumatisch entstandenen subchondralen Defektes im Bereiche der medialen Talusrolle (Bericht vom 6. Januar 2012; Urk. 10/M23 S. 3). 3.5

Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 30. Mai 2014 (Urk. 10/M99) fest, seit dem 1. Januar 2014 sei es zu einer langsamen aber stetigen Verbesserung gekommen; die stark wechselnden Symptome (bläulich livide Verfärbung der Haut, Schwellung im Vorfuss, vermehrtes Schwitzen der Fusssohle) seien seltener aufgetreten, ebenso hätten die Schmerzen an Intensität und Dauer etwas nachgelassen. In der MRI-Untersuchung vom 26. Februar 2014 habe sich eine deutliche Rückbildung der ödematösen Veränderungen um die Osteochondral-Läsion am medialen Talus gezeigt. Das Gehen ohne Stöcke sei nach wie vor nicht möglich. Bei einer rein sitzenden Tätigkeit sei gegenwärtig ein 50-70%iges Pensum möglich. 30 % benötige die Beschwerdeführerin mindestens noch für die Therapien und Arztbesuche. Aufgrund des Morbus Sudeck sei es zu einer „Fehlinervation“ der Fussfunktion rechts gekommen. Die spontane Dorsalextension respektive Dorsalflexion im rechten Fuss sei immer noch deutlich gestört. Es werde mit einer langsamen aber zunehmenden Belastbarkeit des rechten Fusses und einer stetigen Verbesserung in den nächsten 12-18 Monaten gerechnet.

Mit Bericht vom 13. Juni 2014 (Urk. 10/M101) korrigierte Dr. E.\_\_\_\_ seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit; in einer den Beschwerden angepassten rein sitzenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu lediglich 20 % arbeitsfähig. 3.6

Dr. med. I.\_\_\_\_, Teamleiter Technische Orthopädie an der J.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 30. Juni 2014 (Urk. 10/M104) die Diagnose eines CRPS (Morbus Sudeck) bei osteochondraler Läsion der medialen Trochlea tali rechts nach OSG-Distorsionsstrauma am 2. Juli 2011. Die Beschwerdeführerin leide an einem CRPS 2 des rechten Fusses, das noch immer schmerzhaft sei. Die Belastungsversuche seien bisher gescheitert. Die orthopädische Schuhversorgung sei derzeit beizubehalten, da sie immer wieder gelegentlich Gefühlslosigkeit im Fuss verspüre und dann nicht sicher wisse, wo der Fuss stehe. Eine erneute Traumatisierung würde wahrscheinlich das Risiko einer Reaktivierung des CRPS beinhalten. Die Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit (sitzende Tätigkeit ohne grosse Belastung) betrage maximal 20 %. 3.7

Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ hielten in ihrem Gutachten vom 27. November und 18. Dezember 2014 (Urk. 10/M113 und

Urk. 10/M111 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/M113 S. 14 f.): - Status nach Subinventionstrauma des rechten OSG am 2. Juli 2011 mit Kontusion und subchondralem Knochenmarködem im ventralen und dorsalen Talus und ventralen Naviculare, vereinbar mit osteochondraler Läsion Grad I ohne Kortikalis-Unterbrechung sowie leichter Zerrung der vorderen Syndesmosebänder bei intakten hinteren Syndesmosebändern sowie intakten langen Sehnen sowie intaktem

Kapselapparat (MRI 08/2011) mit Auftreten eines möglichen CRPS und deutlicher bildgebender Besserung (MRI 02/2013 und 02/2014) mit bildgebend vollständiger Rückbildung der Ödeme und deutlicher klinischer Besserung, jedoch persistierender sehr leichter Schwellung am mittleren Fussballen (Dig. II bis IV) mit leicht vermehrter Rötung und Temperaturdifferenzen im Bereich des OSG, des Fussrückens und des Fussballens von  $>1^{\circ}\text{C}$  bei symmetrischen oder rechts grösseren Beinumfangen, insbesondere Zunahme des Unterschenkelumfanges rechts gegenüber links seit 12/2011 um 1 cm

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/M113 S. 14): - Anpassungsstörung mit Angst oder depressiver Reaktion gemischt, gegenwärtig vollständig remittiert - Nikotin-Abusus - Ausgedehnte chronische Schmerzen - Status nach Schmerzen und Schwellung des mittleren Fussballens rechts 01/2006 mit unauffälligem Röntgenbefund (01/2006)

Dazu hielten sie fest, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit seit dem 12. Juli 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis zu 10 kg sei sie zu 100 % arbeitsfähig, benötige jedoch pro Halbtage eine halbe Stunde zusätzliche Pause, um Lockerungsübungen zu machen (Urk. 10/M113 S. 14 und Urk. 10/M111/135).

Die Beweglichkeit der rechten oberen und unteren Sprunggelenke habe nicht geprüft werden können, da

die Beschwerdeführerin die direkte Prüfung nicht zugelassen habe. Beim Gehen erscheine die Beweglichkeit des rechten OSG normal. Die Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks könne bei Gehen auf ebenem Gelände nicht direkt beobachtet werden. Beim Sitzen auf der Untersuchungsliege zeige

sich zeitweise eine etwas invertierte Spitzfuss-Stellung. Diese Fussstellung normalisiere sich jedoch unter Ablenkung, was einer Diskrepanz entspreche. Die Farbe und die Hautbeschaffenheit am Fussrücken und Sprunggelenk seien seitengleich. Es bestünde an keinem Fuss vermehrtes Schwitzen oder vermehrte Feuchtigkeit. Dagegen seien eine leicht vermehrte Rötung des rechten mittleren Fussballens (Dig. II bis Dig. IV) sowie eine minimal vermehrte Schwellung in diesem Bereich gegenüber links vorhanden. Diese Schwellung entspreche nicht Synovitiden, denn sie sei nicht gelenkbezogen, sondern diffus im rechten Fussballen. Die Aussenkante des rechten Fusses sei  $0.3^{\circ}$  Grad wärmer als links. Die beiden Fusssohlen seien gleich warm. Der Fussrücken sei rechts ein Grad wärmer als links. Temperaturdifferenzen unterhalb einem Grad Celsius gälten als nicht relevant. Relevante Temperaturdifferenzen seien im Bereich des OSG und des Fussballens vorhanden. Das rechte OSG sei  $1.2^{\circ}\text{C}$  kälter als links. Der Fussballen sei rechts  $2.8^{\circ}\text{C}$  kälter als links. Aufgrund dieser geringen Befunde könne ein aktuelles sehr leichtes CRPS nicht sicher ausgeschlossen werden. Allerdings entspreche der aktuelle Befund mit minimaler Schwellung im Bereich des mittleren Fussballens rechts weitgehend dem Befund, der im Januar 2006 (beziehungsweise mehr als fünf Jahre vor dem Unfall vom 2. Juli 2011) beobachtet worden sei. Auf keiner der drei früheren MRI-Untersuchungen (08/2011, 09/2011 und 11/2011) sei ein sicheres CRPS festgestellt worden. Die Hauptbefunde in den MRI-Bildern des Jahres 2011 seien subchondrale Knochenmarködeme im Bereich des Talus und Naviculare Grad I ohne Kortikalis-Unterbrechung sowie eine leichte Zerrung der vorderen Syndesmosebänder bei intakten hinteren Syndesmosebändern, intakten langen Sehnen und intaktem Kapselbandapparat. Die MRI-Untersuchung des rechten OSG (02/

2013) habe eine deutliche Besserung des Befunds gezeigt. In der MRI-Untersuchung des rechten Sprunggelenks (02 / 2014) sei der bildgebende Befund fast normal gewesen. Die MR-Angiographie der Beinstrombahnen beidseits (10 / 2014) habe keinen Hinweis auf eine arterielle Durchblutungsstörung gegeben. Ausser den minimalen Befunden seien auch Diskrepanzen vorhanden. Die Umfänge des rechten Beines seien an allen sechs Messstellen rechts gleich gross oder bis zu einem Zentimeter grösser als links. Im Vergleich zur ersten Umfangmessung (12 / 2011) habe im Bereich des Unterschenkels der Umfang um einen Zentimeter zugenommen gegenüber links. Die Beschwerdeführerin setze daher jetzt das rechte Bein mehr als 12 / 2011 ein. Diese Umfangzunahme im Unterschenkelbereich wie auch die rechts grösseren Beinumfangfänge als links würden

zeigen, dass sie aktuell das rechte Bein sogar mehr einsetze als das linke. Die vorhandenen Befunde würden das

Ausmass der Beschwerden nicht

erklären (Urk. 10/M111 /133 f.).

Die erhobenen Befunde würden höchstens möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 2. Juli 2011 stehen. Beschwerden und Schwellungen im rechten Vorfuss hätten bereits 01/2006 zu einer Arztkonsultation geführt. Die aktuellen Befunde würden den dazumal festgestellten Befunden entsprechen und seien daher im Wesentlichen unfallfremd. Der Unfall habe nur zu einer vorübergehenden Verschlechterung geführt. Der Status quo sine sei nun erreicht. Die MRI-Untersuchung des rechten OSG 02/2014 habe einen im Wesentlichen normalen Befund gezeigt. Durch die Heilbehandlung seien in den letzten sechs Monaten keine wesentlichen Fortschritte dokumentiert worden. Als weitere Heilbehandlung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sei eine physiotherapeutische Behandlung pro Woche sowie regelmässiges Durchführen des gymnastischen Heimprogramms zweckmässig. Die Schmerzen und Schwellung des rechten Fussballens würden einer einfachen konstitutionellen Schwäche ohne eigentlichen Krankheitswert entsprechen (Urk. 10/M111/ 139-143). 3.8

Dr. I. \_\_\_ berichtete am 18. Dezember 2014 (Urk. 10/M114), der rechte Fuss sei livide, marmoriert unterkühlt und es bestehe ein etwas vermehrter Haarwuchs über der dorsalen Grosszehe. Das Grosszehengrundglied rechts sei deutlich spastisch. Es bestehe aktuell eine Fehlstellung von 10° Spitzfuss und 15° Rückfuss varus, manuell nicht korrigierbar. Die Beschwerdeführerin gebe einen wechselnden Zustand des rechten Fusses an, aktuell zeige sich eine spastische Deformität mit einem für ihn neuen Spitzfuss- und Rückfussvarus. Bei Nachlassen der Verkrampfungszustände sei die Stellung des Fusses nach ihren Angaben besser aber nie normal. Es werde befürchtet, dass sich eine Kontraktur entwickle (Pes equinovarus). 3.9

Dr. C. \_\_\_ hielt in seinem Aktengutachten vom 9. Juni 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/M118) fest, auch eine Immobilisation werde als Auslöser eines CRPS anerkannt. Dies in Betracht ziehend, ergebe sich eine Latenzzeit, die sich im Rahmen der üblichen 6 Wochen bewege. Die Kriterien für das Vorliegen eines CRPS seien formal erfüllt (S. 9 f.). Die Kernspintomografie sei bei CRPS nur aus differenzialdiagnostischen Gründen indiziert und für die Diagnosestellung nicht geeignet. Die mit dem CRPS assoziierten Beschwerden seien überwiegend unfallkausal. Dem Bericht der J. \_\_\_ vom 18. März 2013 seien keine CRPS-Symptome mehr zu entnehmen, weshalb da von auszugehen sei, dass es spätestens zu jenem Zeitpunkt ausgeheilt gewesen sei. Als

Folge des CRPS habe eine Verminderung der Belastungsfähigkeit des rechten Fusses mit eingeschränkter Mobilität und einer schmerzbedingten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit persistiert. Ein Teil der eingeschränkten Beweglichkeit des rechten Fusses sei ebenfalls als Folge des CRPS einzustufen. Dieses habe zudem die Ausheilung des talonaviculären osteochondralen und des syndesmialen Schadens wegen der dystrophischen Weichteilverhältnisse verzögert. Tätigkeiten, die eine uneingeschränkte Belastungsfähigkeit des rechten Fusses voraussetzen würden, seien, solange das CRPS aktiv gewesen sei, nicht zumutbar gewesen. Das CRPS sei jedoch spätestens am 18. März 2013 folgenlos ausgeheilt. Die Ausheilung des talonaviculären osteochondralen und des syndesmialen Schadens habe hingegen länger gedauert. Dauernde Restfolgen des CRPS seien nicht nachgewiesen (S. 11). In der kernspintomografischen Kontrolle vom 24. Februar 2014 sei ein günstiger Verlauf der osteochondralen Läsionen mit Rückbildung der ödematösen Veränderungen im Os talus und Os cuboideum wie auch der osteochondralen Läsionen der medialen Taluskante festgehalten. Es sei kein signifikantes periartikuläres Weichteilödem mehr nachweisbar gewesen. Auf der objektiv-strukturellen Stufe seien die Folgen des Unfalls ausgeheilt gewesen. Daraus ergebe sich, dass unter Abstraktion der unfallfremden und weiterhin vorliegenden Beschwerden die angestammte Tätigkeit wieder voll zumutbar geworden sei. Die weiterhin geklagten subjektiven Beschwerden seien nicht objektivierbar und stünden im Widerspruch zu den klinischen und kernspintomografischen Befunden, die eine letztlich schöne Ausheilung der erlittenen Strukturveränderungen belegen würden. Der Endzustand sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit per 31. Dezember 2014 erreicht worden (S. 11 f.).

#### **E. 4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 4.1**

Aus den zitierten medizinischen Akten ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin beim Treppenlaufen den Fuss verdreht und verletzt hat und seither an erheblichen Fussbeschwerden leidet. Zwischen den Parteien ist unter anderem umstritten, ob sie aus unfallkausalen Gründen weiterhin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. In diesem Zusammenhang ist vorab zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine diesbezügliche Einschätzung gestatten.

#### **E. 4.2.1**

Die Beschwerdeführerin wurde unter anderem durch Dr. B.\_\_\_\_ begutachtet (E. 3.7 hievor). Diese bejahte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, verneinte jedoch die Unfallkausalität mit dem Hinweis auf eine bereits im Januar 2006 aufgetretene Schwellung am rechten Fuss (vgl. dazu E. 3.1 hievor). In Bezug auf einen allfälligen diesbezüglichen krankhaften Vorzustand ist jedoch festzuhalten, dass beim Untersuchen im Januar 2006 keine traumatischen, entzündlichen oder anderweitigen pathologischen Veränderungen nachgewiesen werden konnten. In der Folge sind bis zum Unfall am 2. Juli 2011 weder zusätzliche Behandlungen noch Klagen über weiterhin bestehende

Beschwerden am rechten Fuss dokumentiert. Dass die Beschwerdeführerin diese während 5.5 Jahren verschwiegen hätte, wie Dr. B.\_\_\_\_ ihr implizit unter stellte, ist in Anbetracht ihrer 100%igen Arbeitstätigkeit als Pflegefachfrau und Stationsleiterin in einem Alters- und Pflegeheim, mithin in einer die Füsse durchaus belastenden Tätigkeit, nicht plausibel. Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb die weiterhin bestehenden Beeinträchtigungen nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen sollen, fehlt damit.

#### **E. 4.2.2**

Weiter äusserte sich Dr. B.\_\_\_\_ zum Vorliegen eines allfälligen CRPS ( complex regional pain syndrom ). Das CRPS ist eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, welche ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt, und wird in drei Stadien eingeteilt

(I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie [irreversibel]). Klinisch zeigen sich schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (beispielsweise Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagel - veränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen ; im weiteren Verlauf Knochenabbau (Demineralisation), eventuell Ankylose und Funktionsverlust (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1914 ). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, ein CRPS sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Ihre Einschätzung begründete sie mit gleich grossen oder grösseren Umfängen des rechten Beines verglichen mit dem Linken sowie einer stärkeren Zunahme des rechten als des linken Unterschenkelumfanges seit Dezember 2011. Dies spreche dafür, dass sie das rechte Bein mehr einsetze als das Linke. Der behandelnde Dr. E.\_\_\_\_ sowie der Vertrauensarzt der Pensionskasse der Beschwerdeführerin, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, wiesen jedoch darauf hin, dass Umfangdifferenzen von 5 mm ohne Weiteres innerhalb des Messfehlers untergebracht werden könnten, dass die Zunahme des Unterschenkelumfanges ebenso auf die Gewichtszunahme von 6.8 kg zu rückgeführt werden könne und dass so geringe Umfangdifferenzen bei Inaktivität ebenfalls durch Schwellung des Bindegewebes und des Subcutanengewebes erklärt werden könnten (Urk. 10/B A365/2 S. 5 und Urk. 10/B A360/3). Weiter machte Dr. B.\_\_\_\_ geltend, den MRI nach dem Unfall habe kein CRPS entnommen werden können. Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ führten jedoch mit Verweis auf entsprechende Facharztberichte aus, dass die Kernspintomografie bei CRPS nur aus differenzialdiagnostischen Gründen indiziert und nicht für die Diagnosestellung geeignet sei (Urk. 10/B A365/2 S. 4 und Urk. 10/M118 S. 10). Die den MRI zu entnehmenden Befunde sprechen damit weder für noch gegen die Diagnose eines CRPS. Schliesslich spricht gemäss Dr. B.\_\_\_\_ die lange Latenzzeit zwischen dem Unfall und der erstmals am 19. Dezember 2011 gestellten Verdachtsdiagnose gegen das Vorliegen eines CRPS. Den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ zufolge wird jedoch auch eine Immobilisation als Auslöser eines CRPS anerkannt. Mit Bezug auf die nach dem Unfall angeordnete

Ruhigstellung des Fusses und dem erstmalig diagnostizierten CRPS ergebe sich eine Latenzzeit, welche sich im Rahmen der üblichen 6 Wochen bewege (Urk. 10/M118 S. 9). Die Begründung von Dr. B.\_\_\_\_, gemäss welcher das Vorliegen eines CRPS nicht überwiegend wahrscheinlich sei, ist nach dem Gesagten nicht schlüssig. Auf die entsprechende Kritik an ihrem Gutachten durch die Dres. K.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ ging sie – trotz entsprechender Aufforderung seitens der Beschwerdeführerin (Urk. 10/A363) - in ihren Stellungnahmen vom 14. Februar und 4. März 2015 (Urk. 10/M115 und Urk. 10/M116) nicht ein.

#### **E. 4.3**

Dr. C.\_\_\_\_ begründete in seinem Aktengutachten zu Händen der Beschwerdegegnerin (E. 3.9 hievor) ausführlich, weshalb die Kriterien eines CRPS vorliegend erfüllt seien und hielt fest, dass dieses unfallkausal sei. Gemäss seinen Ausführungen seien jedoch entsprechende Symptome dem Bericht der J.\_\_\_\_ vom 18. März 2013 (Urk. 10/M85) nicht mehr zu entnehmen, weshalb davon auszugehen sei, dass das CRPS spätestens zu jenem Zeitpunkt ausgeheilt gewesen sei. Mit der Tatsache, dass das CRPS im Bericht der J.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2014 (E. 3.6 hievor) erneut aufgeführt, und auch von Dr. K.\_\_\_\_ in seinem zu Händen der Pensionskasse der Beschwerdeführerin erstellten – Dr. C.\_\_\_\_ bekannten, jedoch im vorliegenden Verfahren nicht eingereichten – Gutachten vom 11. Dezember 2014 (vgl. Urk. 10/M118 S. 6 f.) weiterhin diagnostiziert wurde, setzte er sich jedoch nicht auseinander. Gemäss Dr. E.\_\_\_\_ verlaufen die klinischen Zeichen eines CRPS wellenförmig (Urk. 10/M120 S. 3), weshalb nicht rechtsgenügend auszuschliessen ist, dass dieses im Zeitpunkt des Fallabschlusses (31. Dezember 2014) weiterhin vorgelegen hat. Nachdem der Beschwerdeführerin gemäss Dr. C.\_\_\_\_ Tätigkeiten, die eine uneingeschränkte Belastungsfähigkeit des rechten Fusses voraussetzen – mithin die angestammte Tätigkeit – nicht zumutbar sind, solange das CRPS aktiv ist (Urk. 10/M118 S. 11), ist damit ebenso wenig auszuschliessen, dass bei Fallabschluss weiterhin eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand. Das Aktengutachten ist damit in Bezug auf die Frage eines weiterhin bestehenden CRPS mit entsprechenden (unfallbedingten) Funktionseinschränkungen nicht schlüssig.

#### **E. 4.4**

Dr. K.\_\_\_\_ äusserte sich in seinen im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht eingereichten Expertisen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 10/M118 S. 5-7). Die Gutachten wurden jedoch im Auftrag der Pensionskasse erstellt und äussern sich entsprechend nicht zur Frage der Unfallkausalität der Arbeitsunfähigkeit. Für das vorliegende Verfahren relevante Schlüsse können daraus folglich nicht gezogen werden. Es erübrigt sich deshalb, die Gutachten beizuziehen.

#### **E. 4.5**

Dr. E.\_\_\_\_ erachtete die Beschwerdeführerin als zu 50-70 % arbeitsfähig in einer rein sitzenden Tätigkeit (Bericht vom 30. Mai 2014; E. 3.5 hievor), korrigierte dies mit Bericht vom 13. Juni 2014 (E. 3.5 hievor) auf eine 20%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und schätzte die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit am 21. Januar 2015 schliesslich auf 50 % (Urk. 10/B A360/3 S. 6). Die unterschiedlichen Einschätzungen wurden von ihm jedoch nicht begründet, auch ist aus seinen Berichten keine den Einschätzungen entsprechende Veränderung des Gesundheitszustandes abzuleiten. Ohnehin ist festzuhalten, dass bei Berichten von Hausärzten und behandelnden Ärzten der

Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das alleinige Abstellen auf Berichte von behandelnden Ärzten ist nur zulässig, wenn diese ein stimmiges und vollständiges Bild des Gesundheitszustandes abgeben (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 828/06 vom 5. September 2007 E. 4.3 mit Hinweisen), was hier in Bezug auf die Einschätzung der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht der Fall ist.

## **E. 6**

Nach dem Gesagten drängen sich ergänzende Abklärungen auf, zu welchem Zweck die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist .

Hieran ändert das neu aufgelegte Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 15. August 2017 (Urk. 13) nichts, denn die Ärzte bejahten wohl das Vorliegen eines CRPS-Dystonie-Komplexes (S. 31) und schlossen auch auf eine Arbeitsunfähigkeit (von aktuell 50 %, S. 32). Sie – respektive der orthopädische Fachgutachter – gaben aber an, die spezifische Frage nach der Unfallkausalität könne innerhalb eines normalen IV-Gutachtens nicht in extenso beantwortet werden, vor allem nicht in Anbetracht der langen und komplexen Geschichte und der multiplen zerstrittenen bereits involvierten Parteien (S. 25). 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Der Beschwerdeführer in steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihrer eine Prozessentschädigung von Fr. 2‘

## **E. 7**

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt)

auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Juli 2016 aufgehoben und die Sache an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung von Fr. 2‘700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Harry F. Nötzli - AXA Versicherungen AG unter Beilage je einer Kopie von Urk. 12-13 - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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