

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00008**

## **vom 21. August 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00008)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00008 du 21 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00008 del 21 agosto 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

3. April 2015 mit, es seien betreffend den Unfall vom 11. Juli 2005 von weiteren Behandlungen keine namhaften Verbesserungen mehr zu erwarten, weshalb der Fall per 30. April 2015 abgeschlossen werde. Demgegenüber übernehme sie (die Suva) weiterhin die Kosten für notwendige Schmerzmittel sowie für 2-3 Serien Physiotherapie pro Jahr (Urk. 9/176). Mit Eingabe vom 23. Dezember 2015 beantragte die Versicherte eine Rentenprüfung (Urk. 9/181). Am 5. Januar 2016 teilte die Suva der Versicherten mit, der Unfall vom 11. Juli 2005 sei abgeschlossen und diesbezüglich kein Rückfall gemeldet worden. Da die Invalidenversicherung aufgrund ihrer krankheitsbedingten 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Januar 2014 eine ganze Rente ausrichte, seien auch im Falle eines Rückfalls keine Geldleistungen seitens der Unfallversicherung auszurichten (Urk. 9/182). Mit Schreiben vom 8. März 2016 ersuchte die Versicherte um Wiederaufnahme des Falles, namentlich Ausrichtung eines Taggelds ab dem 1. Mai 2015 sowie eventualiter Prüfung einer Berentung (Urk. 9/183). Mit Verfügung vom 24. Juni 2016 verneinte die Suva einen Rentenanspruch der Versicherten gestützt auf das

Ereignis vom 11. Juli 2005. Für die definierten Heilkosten komme sie (die Suva) indes weiterhin auf (Urk. 9/193). Die am 25. August 2016 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/196) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 29. November 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). Dem entsprechend 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 11. Juli 2005 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**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.4**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt.

### **E. 1.5**

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. 1.6**

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. 1.7**

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

## **E. 2**

Am 16. Januar 2016 erhob X.\_\_\_\_ Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1) und beantragte, es seien die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, insbesondere eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Ausserdem legte die Beschwerdeführer in diverse Beilagen auf (Urk. 3/3-8). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 2

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, gestützt auf die medizinische Aktenlage sei eine massive generalisierte Osteoporose/Osteopenie mit erhöhter Frakturgefährdung spätestens seit der Knochendichtemessung vom 9. November 2006 (recte: 8. November 2006, vgl. Urk. 9/49) objektiviert. Zudem bestehe gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ seit mindestens 2005 ein gravierendes Untergewicht mit Entwicklung hin zu Kachexie (Auszehrung) unklarer Ursache. Mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit hänge die Osteoporose mit dem kachektischen Untergewicht zusammen. Weiter seien osteoporotische, spontane Frakturen notorisch krankheitsbedingt. Auch betreffend die Folgen des Ereignisses vom 11. Juli 2005 sei von einer pathologischen Fraktur auszugehen. Da es sich bei der 100%igen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit um kein veränderliches Geschehen handle, rechtfertige sich die Annahme einer sogenannt überholenden Kausalität. Damit entfalle ein Rentenanspruch gestützt auf die Unfallversicherung (Urk. 2 S. 5 f.). In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen im Einspracheentscheid und insbesondere daran fest, dass jeden falls aktuell ausschliesslich krankheitsbedingte Faktoren für den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verantwortlich seien (Urk. 8).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, die Beschwerdegegnerin habe das Ereignis vom 11. Juli 2005 als Unfall anerkannt. Weiter habe sie die Spitzfussbildung und die Kalkaneusfraktur als unfallkausal anerkannt. Diese Frakturen im Nachhinein als krankheitsbedingt zu beurteilen, sei unzulässig (Urk. 1 S. 6). Sodann seien der seit 2006 eingetretene extreme Gewichtsverlust und die damit zusammenhängende Erschöpfung als Spätfolgen des Unfalls zu qualifizieren. Im Übrigen sei lediglich lumbal

und im Bereich des linken Vorderarms eine Osteoporose festgestellt worden. Sie (die Beschwerdeführerin) sei absolut der Meinung, für ihren heutigen Gesundheitszustand – schmerzhafte Spitzfussstellung beider Füße, Schmerzen verursachende Fehlhaltung des ganzen Körpers sowie massives Untergewicht – sei der erste Sturz vom 11. Juli 2005 und die dadurch bedingte jahrelange Medikamenteneinnahme sowie auch die dadurch bedingten zahlreichen nachfolgenden Stürze auf jeden Fall die allein massgebliche Ursache. Weiter habe sich die IV nicht ausdrücklich damit befasst, ob der den IV-Rentenanspruch begründende Gesundheitsschaden auf eine Krankheit oder auf einen Unfall zurückzuführen sei. Die 100%ige Erwerbsunfähigkeit sei einzig auf das Ereignis vom 11. Juli 2005 zurückzuführen. Mithin habe sie (die Beschwerdeführerin) Anspruch auf eine ganze Rente der Unfallversicherung. Eventualiter sei abzuklären, welche Auswirkungen die als Folge des Unfalls vom 11. Juli 2005 über 11 Jahre lang dauernde massive Medikamenteneinnahme auf den heutigen Gesundheitszustand, insbesondere auch auf die Knochendichte und die Gewichtsreduktion, hatte (Urk. 1 S. 8). Mit nachträglicher Eingabe vom 30. März 2017 führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, entgegen den Feststellungen von Dr. J.\_\_\_\_ leide sie weder an einer hochgradigen Osteoporose noch habe sie in diesem Zusammenhang bereits mehrere Frakturen erlitten. Der Fraktur vom Juli 2005 habe ein mindestens mittelgradig schweres Trauma zugrunde gelegen. Ausserdem sei nie eine Osteoporose in den Füßen, Sprunggelenken und Fersenknochen festgestellt worden (Urk. 11).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin über den 30. April 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen, insbesondere auf eine Rente der Unfallversicherung hat. Dabei ist vorab festzuhalten, dass die Verfügung vom 31. August 2012 betreffend Zusprache einer Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 15 % (Urk. 9/138) unangefochten in Rechtskraft erwuchs. 3.

### **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**

Mit Bericht vom 9. August 2005 diagnostizierten die erstbehandelnden Ärzte des Spitals A.\_\_\_\_ ein Fussdorsionstrauma rechts, ohne radiologische Hinweise für frische ossäre Läsionen (Urk. 9/108). Das zufolge persistierenden Schmerzen im rechten Fuss am 7. Oktober 2005 in der Klinik B.\_\_\_\_ durchgeführte MRI des Rückfusses rechts ergab schliesslich eine nichtdislozierte Kalkaneusfraktur (Urk. 9 / 10).

#### **E. 3.2**

Dr. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie und Nuklearmedizin, Klinik B.\_\_\_\_, hielt aufgrund der am 21. Oktober 2005 durchgeführten CT-Nachuntersuchung des rechten Rückfusses fest, es sei kein eigentlicher Frakturspalt mehr erkennbar (Bericht vom 24. Oktober 2005, Urk. 9/28/1). Sodann zeigte das am 2. Februar 2006 durchgeführte Verlaufs-CT des Kalkaneus rechts nur noch eine sehr diskrete Restsklerose im Frakturbereich des Kalkaneus, jedenfalls

keine wesentliche Sklerose im Sinne eines sehr aktiven Prozesses im Frakturspalt.

Dr. O.\_\_\_\_ hielt erneut fest, der Frakturspalt sei als solcher kaum mehr abgrenzbar. Die

übrigen ossären Verhältnisse sowie die Artikulation zum Talus und Tarsus seien normal. Mithin bestehe eine Diskrepanz zwischen der perspektivischen Klinik und den CT-Befunden (Bericht vom 3. Februar 2006, Urk. 9/28/3).

### **E. 3.3**

Das

am 2. Februar 2006 in der Klinik B.\_\_\_\_

zusätzlich durchgeführte Verlaufs-MRI des OSG rechts ergab nur noch eine kleine residuelle Signalstörung im Frakturbereich. Zudem hielt Dr. O.\_\_\_\_ eine deutliche Regredienz der oedematösen Veränderungen im Knochenmark des Kalkaneus auf Höhe der Fraktur fest. Die 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie vom 2. Februar 2006 erbrachte schliesslich den Abschluss einer Pseudarthrose (vgl. Berichte von Dr. O.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2006, Urk. 9/28/4 f.).

### **E. 3.4**

Mit Verlaufsbericht vom 19. April 2006 hielt der seit Dezember 2005 behandelnde Dr. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Sportmedizin, fest, äusserlich sehe die Situation vollständig geheilt aus. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks (OSG) sei nur hinsichtlich der dorsalen Extension leicht eingeschränkt. Demgegenüber bestehe eine extreme, unerklärliche Hyperästhesie im ganzen Kalkaneusgebiet (vgl. auch neurologischer Konsiliarbericht von Dr. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Neurologie-Zentrum B.\_\_\_\_, vom 28. März 2006, Urk. 9/20/2 f.). Der Verlauf gestaltete sich ausserordentlich schleppend und langwierig, insgesamt bestehe jedoch eine gewisse Besserungstendenz. Die Beschwerdeführerin gehe aber nach wie vor mit einer Entlastungsschiene und benutze für längere Gehstrecken zwei Gehstöcke (Urk. 9/20/1). Mit Telefonat vom 10. Mai 2006 teilte Dr. P.\_\_\_\_ der Suva mit, der Verlauf sei im vorliegenden Fall sehr auffällig. Klinisch habe er festgestellt, dass die Beschwerdeführerin recht beweglich sei. In der Physiotherapie könne man ihren Fuss indes kaum berühren. Die Beschwerdeführerin verhalte sich auffällig. Trotz der praktisch nicht dislozierten Fraktur zeige sich seit einem Jahr keine wesentliche Verbesserung. Gleichzeitig hätten weder die klinischen noch bildgebenden Untersuchungen pathologische Befunde ergeben, welche die heutige Situation erklären liessen. Schliesslich erbat Dr. P.\_\_\_\_ um Durchführung einer (aufklärenden) kreisärztlichen Untersuchung (Urk. 9/23)

### **E. 3.5**

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Juni 2006 notierte Dr. C.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin gehe flüssig

an zwei Gehstöcken, wobei sie den rechten Vorfuss nur teilweise belaste. Stockfreies Gehen sei möglich, allerdings nur unter ausgeprägtem Schonhinken rechts. 11 Monate nach dem Dorsionstrauma vom 11. Juli 2005 habe die Beschwerdeführerin über regrediente, jedoch nach wie vor erhebliche Restbeschwerden im Bereich der rechten Ferse geklagt. Weiter bestünden Schwellungsneigung und messerstichartige Schmerzen ohne erkennbares Muster des Auftretens. Die klinische Beurteilung sei durch die massivste Druck- und Berührungsempfindlichkeit stark erschwert. Rein optisch zeigten sich unauffällige Verhältnisse ohne jegliche Schwellung und ohne jegliche Hinweise auf ein dystrophisches Geschehen. Der rechte Fuss

werde nicht plantigrad auf dem Boden aufgesetzt, lediglich der Vorfuß habe Kontakt zur Unterlage. Eine zuverlässige Beurteilung der Beweglichkeit der Rückfußgelenke sei wegen der Schmerzhaftigkeit nicht möglich. Medizinisch könne die Schmerzhaftigkeit des rechten Rückfußes 11 Monate nach dem Trauma nicht erklärt werden. Mit Ausnahme einer weiteren Physiotherapie zur Förderung der Rückfußgelenkbe weglichkeit und vor allem für ein Gehtraining bestehe keine Therapiemöglichkeit. Von weiteren Abklärungen seien keine neuen Aspekte zu erwarten. Für eine rein sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Aufstehen und kurzen Gehleistungen bis 20 oder 30 Meter sei die Arbeitsfähigkeit gegeben. Ab dem 15. Juni 2006 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% (zum Angewöhnen) und ab 15. Juli 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit. Das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel für Arztbesuche oder auch für den Arbeitsweg sei zumutbar (Untersuchungsbericht vom 14. Juni 2006, Urk. 9/24).

### **E. 3.6**

Im Oktober 2006 wurde die Beschwerdeführerin an der Uniklinik E.\_\_\_\_ rheumatologisch abgeklärt. Mit Bericht vom 1. November 2006 diagnostizierten die beurteilenden Fachärzte (1) invalidisierende Rückfußschmerzen rechts bei Statu s nach undislozierter Kalkaneusfraktur (DD: mechanisch wegen Kontraktur mit Spitzfußstellung von 30° nach Kalkaneusfraktur, Algodystrophie), (2) den Verdacht auf Osteoporose, (3) Anorexie sowie (4) konstitutionelle Hypermobilität (Urk. 9/45/1). Das beklagte Beschwerdebild sei klinisch schwer einzuordnen. Am ehesten sei eine mechanische Ursache als Folge der fixierten Spitzfußstellung mit deutlicher Schonhaltung anzunehmen. Eine Kalkaneusfraktur sei bei einem Sprung aus ca. 1 Meter Höhe ohne weitere Krafteinwirkung ungewöhnlich. Die

am 8. November 2006 veranlasste DXA-Osteodensitometrie erbrachte den Befund einer manifesten Osteoporose (T-Score Schenkelhals -3,3 SD, lumbal L1-L4 -2,8 SD, Vorderarm -3,3 SD). Als Risikofaktoren notierten die beurteilenden Ärzte einen niedrigen BMI sowie fortgesetzter Nikotinkonsum. In dem am 2. November 2006

zusätzlich durchgeführten CT des rechten Rückfußes liess sich im Kalkaneus keine Fraktur mehr abgrenzen. Ausserdem sei die rechtsseitige Spitzfußbildung

im Sinne einer Verbesserung zwischenzeitlich bis zu 15° redressierbar (Konsiliarbericht vom 15. November 2006, Urk. 9/49; Radiologiebericht vom 2. November 2006, Urk. 9/95).

### **E. 3.7**

Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 6. Juni 2011 hielt Dr. G.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, es habe sich im Nachgang der im Juli 2005 erlittenen Distorsion des rechten Fußes ein CRPS mit Spitzfußbildung

entwickelt. Letztere habe sich im Verlauf von etwa 40 auf 20° reduziert, die Ferse sei empfindlich geblieben. Alle Behandlungsversuche seien fehlgeschlagen und es stünden keine griffigen Behandlungsmodalitäten zur Verfügung. Man werde sich wohl darauf beschränken müssen, den jetzigen Zustand bestmöglich zu erhalten. Dies bedeute: Analgesie nach Bedarf, periodische Erneuerung des Fersenkeils, gezielte Physiotherapie (Urk. 9/98).

### **E. 3.8**

Das am 2. Mai 2012 in der Klinik B.\_\_\_\_ durchgeführte MRI des OSG/Fuss beidseits erbrachte auf der rechten Seite abermals einen unauffälligen Befund. Dr. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, notierte einen Status nach Stressfraktur des Kalkaneus 2005. Klinisch zeigte sich ein Dorsalexensionsdefizit von 20 ° im rechten OSG (Bericht vom 9. Mai 2012, Urk. 9/128).

### **E. 3.9**

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 8. November 2012 hielt Dr. K.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, im Rahmen der klinischen Untersuchung sei der leicht reduzierte Allgemeinzustand bei Kachexie der wesentlichste Befund. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, stets untergewichtig gewesen zu sein, mit einem maximalen Gewicht von 49 kg bei einer Körpergrösse von 172 cm. Dr. K.\_\_\_\_ hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin habe zufolge Nikotin-Abusus und Untergewichts eine Osteoporose entwickelt, die bei inadäquaten Traumen im Juli 2005 und Oktober 2011 zu einer Kalkaneusfraktur rechts sowie Fraktur des Tuber calcaneus links geführt habe. Rechts sei ein passageres CRPS Typ 1 aufgetreten. Beide Füsse zeigten eine Spitzfussstellung, die beidseits voll ständig redressierbar sei; beim Gehen habe die Beschwerdeführerin zeitweise beide Füsse auf dem Boden normal abgerollt. Klinische Hinweise auf ein aktuelles CRPS Typ 1 seien nicht vorhanden. Bildgebend seien beide Kalkaneusfrakturen ausgeheilt. Entgegen entsprechender Angaben der Beschwerdeführerin sei keines der drei angegebenen Medikamente in ihrem Blut in therapeutischem Bereich vorhanden gewesen; das muskelentspannende Siralud und das Schlafmittel Stilnox fehlten gänzlich im Blutspiegel. Vom Schmerzmittel Voltaren hätten sich Spuren finden lassen, jedoch weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Weiter zeigten beide Hände keine Gebrauchsspuren. Es sei daher nicht möglich, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren oft Gehstöcke verwende. Die gezeigte maximale Handkraft deute auf eine Selbstlimitierung anlässlich der Messung hin. Die von der Beschwerdeführerin gezeigte Handkraft werde sogar von Frauen mit einer fortgeschrittenen rheumatoiden Arthritis mit erosivem Befall der Hände deutlich übertroffen (Urk. 13/1/28).

### **E. 3.10**

In der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 13. November 2013 hielt Dr. J.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, aus den ärztlichen Befunden sei abzuleiten, dass eine massive generalisierte – das heisse nicht durch eine traumatisch bedingte Inaktivitätsosteopenie erklärbare – und dringlichst adäquat handlungsbedürftige Osteoporose/Osteopenie bestehe. Osteoporosen führten zu erhöhter Frakturanfälligkeit. Dies sowohl anlässlich verschiedener Traumata als auch spontan bei alltäglichen Verrichtungen. Zudem bestehe seit mindestens 2005 ein gravierendes Untergewicht mit Entwicklung hin zu einer krankhaften Kachexie, welche nicht mit einer normokalorischen Ernährung vereinbar und stationär zu behandeln sei. Des Weiteren falle eine Neigung zu Stürzen auf, welche mit der Osteoporose, Kachexie und Verhaltensauffälligkeiten der Beschwerdeführerin in Verbindung zu bringen sei (Urk. 13/3 S. 36 ff.). 4. 4.1

Zu prüfen ist, ob organisch objektiv ausgewiesene somatische Unfallfolgen vorliegen. 4.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, das Unfallereignis vom 11. Juli 2005 und die dadurch bedingte jahrelange Medikamenteneinnahme seien die alleinige Ursache der beidseitigen Spitzfussbildung, des

massiven Gewichtsverlusts und der damit zusammenhängenden Erschöpfung sowie nachfolgenden Stürze. Eventualiter sei medizinisch abzuklären, welche Auswirkungen die als Folge des Unfalls vom 11. Juli 2005 über 11 Jahre lang andauernde massive Medikamenteneinnahme auf den heutigen Gesundheitszustand, namentlich die reduzierte Knochendichte, hatte (Urk. 1). 4.3 4.3.1

Aufgrund der zitierten apparativen/bildgebenden Abklärungen erstellt und unbestritten ist zunächst, dass die anlässlich des Unfalls vom 11. Juli 2005 am rechten Fuss erlittene Kalkaneusfraktur spätestens seit Ende 2006 vollständig ausgeheilt war (CT-Befund vom 2. November, Urk. 9/95, E. 3.6). Bereits im Oktober 2005 resp. Februar 2006 war der Frakturspalt bildgebend kaum mehr erkennbar (Urk. 9/28/1, Urk. 9/28/3). Wie es um die Knochendichte im Bereich der Füsse, Sprunggelenke und Fersenknochen der Beschwerdeführerin konkret steht, kann bei dieser Sachlage offengelassen werden. Dasselbe gilt für die Frage, ob die am 11. Juli 2005 erlittene Fraktur traumatisch oder krankheitsbedingt war. Jedenfalls lässt die vorliegende medizinische Aktenlage erhebliche Zweifel an der Unfallkausalität zu. 4.3.2

Betreffend die persistierende Schmerzsymptomatik im rechten Fuss wurde die Beschwerdeführerin wiederholt und aus verschiedenen Fachrichtungen abgeklärt. Die beurteilenden Fachärzte vermochten die Schmerzsituation weder aufgrund der klinischen noch apparativen/bildgebenden Abklärungen hinreichend zu erklären. Dr. O. \_\_\_ hielt ausdrücklich fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem persistierenden Beschwerdebild und dem computertomographischen Befund (Urk. 9/28/3, E. 3.2). Selbst der behandelnde Dr. P. \_\_\_

betonte, es hätten sich keine pathologischen Befunde ergeben, welche die heutige Situation erklären liessen (Urk. 9/23, E. 3.4).

Damit korrelierend kam auch Dr. K. \_\_\_ zum Schluss, die vorhandenen Befunde würden das Ausmass der beklagten Beschwerden nicht erklären (Urk. 13/1 S. 61). Im Übrigen wurde in den medizinischen Unterlagen ein sog. «Komplexes Regionales Schmerzsyndrom I» (CRPS I) diskutiert, wobei sich diesbezüglich ärztliche Differenzen ergaben (Urk. 9/10, Urk. 9/13, Urk. 9/44 ff.). Wie die Schmerzproblematik medizinisch zu qualifizieren ist, kann indes offenbleiben, da sich daraus augenscheinlich keine andauernden funktionellen Einschränkungen ergaben. Dasselbe gilt für die Spitzfussentwicklung: Die Beschwerdeführerin war von April 2007 bis Oktober 2011 vollzeitlich erwerbstätig als Marketing- und Sales-Managerin. Aufgrund der intensiven Auslandsreisetätigkeit bezeichnete sie diese Stelle selbst als «Mobil Office» (Urk. 1 S. 4). Dieses Arbeitsverhältnis wurde im Rahmen von Umstrukturierungsmassnahmen respektive aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Oktober 2011 durch die Arbeitgeberin aufgelöst (Urk. 13/1 S. 49). Darüber hinaus unternahm die Beschwerdeführerin auch Privatreisen und ging sie tanzen. Inzwischen machte sie auch keinen Rückfall zum Ereignis vom 11. Juli 2005 aktenkundig. Entsprechend hielt Dr. K. \_\_\_ fest, es sei bei der Beschwerdeführerin rechts ein passageres CRPS aufgetreten, welches bereits seit November 2006 ausgeheilt gewesen sei. Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung im November 2014 hätten sich keine klinischen Hinweise auf ein aktuelles CRPS ergeben (Urk. 13/1 S. 60 f.).

Der rechtsseitige Spitzfuss war bereits im November 2006 im Sinne einer Verbesserung bis zu 15° redressierbar (Urk. 9/49, E. 3.6). Dr. K. \_\_\_ notierte eine (beidseits) vollständige Redressierbarkeit; beim Gehen rolle die Beschwerdeführerin zeitweise beide Füsse normal

ab. Ausserdem hielt erstere fest, die Hände der Beschwerdeführerin hätten keine Gebrauchsspuren aufgewiesen und es könne daher nicht stimmen, dass sie seit Jahren Gehstöcke verwende. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind schliesslich die gutachterlichen Hinweise auf die Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin anlässlich der Messung der Handkraft (Urk. 13/1 S. 61, E. 3.9). 4.3.3

Der beschwerdeweise als Spätfolge des Unfalls vom 11. Juli 2005 dargestellten Gewichtsabnahme stehen zunächst die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Exploration im November 2012 entgegen. So gab sie gegenüber Dr. L. \_\_\_ an, bei einer Körpergrösse von 172 cm habe sie nie mehr als 48 kg gewogen. Seit etwa 2007/2008 habe sie im Rahmen ihrer stressigen beruflichen Situation kontinuierlich abgenommen, konkret ca. 4 kg pro Jahr. So hätten ihr die unterschiedlichen Essgewohnheiten in den verschiedenen Ländern Europas Probleme bereitet. Insbesondere habe sie nach einem längeren Aufenthalt in der Tschechoslowakei eine chronische Gastritis und chronische Durchfälle erlitten. Entsprechende Abklärungen beim Hausarzt hätten verschiedene Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien hervorgebracht (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom Dr. L. \_\_\_ vom 14. November 2012, Urk. 13/1/5). Sodann wies Dr. J. \_\_\_ darauf hin, es habe bereits 2005 ein gravierendes Untergewicht vorbestanden. Das tendenziell über Jahre zunehmende Untergewicht sei nicht mit einer normokalorischen Ernährung vereinbar (Urk. 13/3 S. 37, 48). Im November 2006 wurde denn auch eine Anorexie im Sinne einer Essstörung diagnostiziert (Urk. 9/45, E. 3.6, vgl. auch Urk. 13/3 S. 51). Schon damals war eine unter fachmännischer Betreuung angeleitete Gewichtszunahme medizinisch indiziert (vgl. Urk. 9/49/2). Mit Untersuchungsbericht vom 6. Juni 2011 hielt Dr. G. \_\_\_ ausdrücklich fest, das tiefe Körpergewicht sei keine Folge des Ereignisses vom 11. Juli 2005 (Urk. 9/98/4). Konsiliarpsychiater Dr. I. \_\_\_ erhob den Verdacht auf eine schwere, chronifizierte Anorexie des Erwachsenenalters (Urk. 9/150/5, Sachverhalt Ziff. 1.1). 2013 begab sich die Beschwerdeführerin schliesslich unter anderem aufgrund ihrer Kachexie in psychotherapeutische Behandlung (Urk. 9/148/2). Kommt hinzu, dass

anlässlich der im November 2012 durchgeführten Blutuntersuchung keine der behauptetermassen eingenommenen Medikamente, namentlich Schlaf- und Schmerzmittel, im therapeutischen Bereich nachweisbar waren (rheumatologisches Teilgutachten von Dr. K. \_\_\_ vom 8. November 2012, Urk. 13/1/61, E. 3.9) und die geltend gemachten medikamentös bedingten Magen-Darm-Beschwerden nicht ausgewiesen sind. Daran ändert auch der beschwerdeweise ein gereichte - nach dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. November 2016 ergangene - Bericht der Klinik B. \_\_\_ vom 9. Januar 2017 (Urk. 3/4, vgl. auch Urk. 1 S. 5) nichts. Im Gegenteil erhellt daraus, die durchgeführte Stuhl ganguntersuchung habe keine Pathologie vorgebracht. Dafür, dass die fest gestellte bakterielle Dünndarmfehlbesiedlung (SIBO) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die langjährige Medikamenteneinnahme zurückzuführen wäre – so wie beschwerdeweise behauptet (Urk. 1 S. 5) – liefert der Bericht keinerlei Anhalt. Ein Zusammenhang zwischen der zwischenzeitlich eingetretenen Kachexie und der Medikamenteneinnahme geschweige denn mit dem Ereignis von 11. Juli 2005 ist bei alledem weder einsichtig noch ausgewiesen. 4.3.4

Sodann zeigte die Knochendichtemessung vom 8. November 2006 lumbal sowie im Bereich des Schenkelhalses und Vorderarms T-Werte von -2,8 bis -3,3, welche für eine behandlungsbedürftige schwere Osteoporose sprechen (vgl. Urk. 13/33 S. 6 und S. 37, vgl.

auch Bundesgerichtsurteil 8C\_403/2012 vom 19. Juni 2012, E. 3.3). Dass der bereits Ende November 2006 fortgeschrittene Knochenschwund nicht auf die seit dem Ereignis vom 11. Juli 2005 – behauptete – Medikamenteneinnahme zurückgeführt werden kann, ist offensichtlich. Nach einhelliger ärztlicher Einschätzung bildeten vielmehr das jahrelang vorbestehende Untergewicht sowie der Nikotin-Abusus erhebliche Risikofaktoren (vgl. Urk. 9/45, Urk. 9/49, Urk. 13/1/61, Urk. 13/3 S. 7, vgl. auch S. 48, wonach die Osteoporose mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit mit dem kachektischen Untergewicht der Beschwerdeführerin zusammenhänge). Entgegen der Beschwerde der Beschwerdeführerin besteht diesbezüglich kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). Im Übrigen wies Dr. J.\_\_\_\_ – unabhängig vom Ereignis vom 11. Juni 2005 – auf den Zusammenhang zwischen der auffälligen Sturzneigung der Beschwerdeführerin, der Osteoporose und ihrer Kachexie hin (Urk. 13/3 S. 37). 4.4

In Würdigung der (hinreichend aufschlussreichen) medizinischen Aktenlage, welche den in der Rechtsprechung des Bundesgerichts entwickelten Anforderungen in allen Teilen genügend als beweiskräftig anzusehen und auf welche daher abzustellen ist (vgl. E. 1.7), ergibt sich einhellig, dass das Vorliegen aus gewiesener Unfallfolgen bereits seit November 2012 (Datum bidisziplinäres Gutachten) und erst Recht im Zeitpunkt des förmlichen Fallabschlusses per 30. April 2015 zu verneinen ist. Für die darüber hinaus fortbestehenden, krankheitsbedingten und behandlungsbedürftigen Gesundheitsschäden sowie Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin hat die Unfallversicherung nicht einzustehen.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, 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 Renata Hajek Saxer - 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

## **E. 6**

des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art.

## **E. 8**

ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente ( Art. 18 Abs. 1 UVG [in der ab 1. Juli 2001 geltenden Fassung]). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin ( Art. 19 Abs. 1 UVG).

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