

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00123**

## **vom 2. November 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00123)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00123 du 2 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00123 del 2 novembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

9. März 2015, Urk. 11/I/108) . Am 19. Mai 2015 untersuchte Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, den Versicherten (Urk. 11/I/128). Am 2. Juni 2015 erlitt der Versicherte einen weiteren Unfall, als er beim Rollerbladesfahren auswich, stürzte und mit der linken Hand aufstützend längsseitig auf den Rasen fiel (Urk. 11/III/1). Dabei zog er sich eine Handgelenkskontusion links sowie eine Brustwirbelsäulenkontusion zu (vgl. den Bericht des Ambulatoriums/ der Notfallstation des Spitals A.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2015, Urk. 11/III/2). Am 10. Dezember 2015 erfolgte eine erneute kreisärztliche Untersuchung bei Kreisarzt

Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 11/I/165). Danach wurde dem Versicherten am 16. Dezember 2015 mitgeteilt, die drei Schadenfälle würden per 31. Januar 2016 abgeschlossen. Ab dem 1. Februar 2016 werde von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen und die Taggelderleistungen würden eingestellt (Urk. 11/I/166).

#### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1969, schloss eine Lehre als Elektroplaner ab und verfügt über ein Diplom als Technischer Kaufmann (Urk. 11/I/23 S. 2). Zuletzt hatte er als Bauleiter und Funktechniker gearbeitet (Urk. 11/I/26 S. 2; vgl. auch Urk. 11/I/23 S. 3). Als Arbeitsloser war er seit dem 1. November 2012 bei der Suva obligatorisch gegen Nichtberufsunfälle versichert. Am 10. Oktober 2013 verdrehte er sich beim Abstieg von einem Surfbrett wegen einer unerwarteten Untiefe den rechten Fuss

und zog sich proximale Querfrakturen an den Mittelfussknochen II, III und IV ohne wesentliche Fehlstellungen zu, welche konservativ behandelt wurden (Urk. 11/I/7 S. 2, 11/I/16). Am 4. Juli 2014 rollte das Auto des Versicherten über seinen rechten Fuss, wobei er sich Distorsionen des Vorfusses und des Grosszehengrundgelenks rechts und am Rücken zog (Urk. 11/II/9; vgl. auch Urk. 11/II/6). In der Folge wurde ein Verdacht auf Osteonekrose oder auf nicht dislozierte Stressfraktur an der Grundphalanx I erhoben (Urk. 11/I/90).

Nach erfolgter Ankündigung der Reduktion der Taggeldzahlungen (vgl. Urk. 11/I/94) trat der Versicherte eine befristete Projekt-/Fachbauleitungsstelle zu 100% ab 1. Februar 2015 an. Diese Stelle wurde ihm, nachdem er das Pensum reduziert hatte, per Ende April 2015 gekündigt (Urk. 11/I/117; vgl. auch Urk. 11/I/110, 11/I/115). Am 10. März 2015 war auf Veranlassung der Suva eine Untersuchung bei Dr. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, erfolgt (Bericht vom

#### **E. 1.2**

Der Versicherte liess wiederholt beantragen, die Suva solle auf ihren Entscheid über die Leistungseinstellung zurückkommen (Urk.

11/I/176 , 11/ I/183), und liess

unter anderem die Bericht e von

Dr. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopä dische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einreichen ( vgl. Urk. 11/I/181 ) .

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, bei welcher der Versicherte sich für den Leistungsbezug angemeldet hatte, kündigte am 5. Juli 2016 an, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung durch geführt werde ( Urk. 11/I/201 ; Gutachten des Z ent rums C.\_\_\_\_ vom 2 8. November 2016, Urk. 11/I/256 ). Am 14. November 2016 nahm Kreisarzt

Dr. Z.\_\_\_\_

ergänzend zum Fallabschluss Stellung ( Urk. 7/I/241) und mit Verfügung vom 6. Dezember 2016 hielt die Suva an der Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld per 3 1. Januar 2016 fest . Den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung verneinte sie ( Urk. 11/I/245). Vom 1 9. Dezember 2016 datiert die Beurteilung des Integritätsschadens durch Kreisarzt

Dr. Z.\_\_\_\_ ( Urk. 11/I/250). Mit Ein spracheentscheid vom 6. April 2017 wies die Suva die vom Versicherten erhobene Einsprache ab. Einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wir kung ( Urk. 2).

## **E. 2**

Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte mit Eingabe vom 2 2. Mai 2017 Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 6. April 2017 sei aufzuheben. D i e Suva sei zu verpflichten, ihm Kostengutsprache für eine stationäre Rehabili t ationsbehandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ zu erteilen. Des W ei teren sei die Suva zu verpflichten, ihm ab Februar 2016 das UVG-Taggeld und die Heilbehandlu ngen weiter auszurichten . Eventualiter sei die Suva zu verpflich ten, ihn durch einen auf die Diagnose eines Complex Regional Pain Syndrome ( CRPS ) spezialisierten Facharzt begutachten zu lassen und daraufhin über den Anspruch auf UVG-Leistungen (Taggeld/Heilbehandlung; UVG-Rente/Integritäts entschädigung) neu zu entscheiden. Subeventualiter sei von der angerufenen Instanz ein Gerichtsgutachten in die Wege zu leiten und gestützt darauf über den Anspruch auf UVG-Leistungen neu zu entscheiden. Subsubeven tualiter sei dem Beschwerdeführer gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 49 % eine entsprech ende UVG-Rente zuzusprechen. Die Gegenpartei sei zu verpfl ich ten, den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung gutachterlich abklären zu lassen ( Urk. 1 S. 2). Der Versicherte liess mit der Beschwerde das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, vom 8. Mai 2017 ein reichen ( Urk. 3).

In der Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2017 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 9). Die Suva reichte sodann die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Chirurgie, Suva-Versicherungsmedizin, vom 1. Septem ber 2017 ein (vgl. Urk. 10/1). In der Replik vom 2 6. Januar 2018 ( Urk. 16) und der Duplik vom 1 9. April 2018 ( Urk. 26) hielten die Parteien an ihren Rechts begehren fest. Beide Parteien reichten mit ihren Rechtsschriften ergänzende Aus führungen von Dr. E.\_\_\_\_ beziehungsweise von Dr. F.\_\_\_\_

ein ( Urk. 17/1, Urk. 22; vgl. demgegenüber Urk. 27/ I/ 289). Auch in den zusätzlichen Stellungnahmen vom 26. Juni 2018 beziehungsweise vom 20. September 2018 ( Urk. 31 und Urk. 36 ; vgl. auch Urk. 32) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Dem Beschwerdeführer wurde die Eingabe vom 20. September 2018 zur Kenntnisnahme zugestellt ( Urk. 37).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 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).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich am 10. Oktober 2013, 4. Juli 2014 und 2. Juni 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

## **E. 2.1**

Gemäss Art.

## **E. 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).

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt ( Art.

## **E. 11**

UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). 2.2

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 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). 2.3

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

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1). 2.4

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). 2.5

Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdys-

strophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathetischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen. Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit zahlreichen Hinweisen). Entscheidend für die Annahme eines CRPS ist, dass anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit zahlreichen Hinweisen). 2.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Auch reinen Aktengutachten kommt voller Beweiswert zu, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 181 /2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2 mit Hinweis). 3 .

### 3 .1

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid vom 6. April 2017 davon aus, gestützt auf die Beurteilung von

Dr. Z.\_\_\_\_, welche durch das C.\_\_\_\_-Gutachten bestätigt werde - sei davon auszugehen, dass seit dem 1. Februar 2016 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen sei ( Urk. 2 S. 13). Ab diesem Zeitpunkt sei zudem anzunehmen, dass der Beschwerdeführer unfallbedingt sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei ( Urk. 2 S. 15). Ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe nicht ( Urk. 2 S. 15). Auch ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe nicht ( Urk. 2 S. 15 f.).

Zum mit der Beschwerde vorgelegten Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, dieser habe offenbar nicht über die bildgebenden Dokumente des Beschwerdeführers verfügt, was aber bei einer professionellen medizinischen Beurteilung zu erwarten wäre ( Urk. 9 S. 3) beziehungsweise es sei nicht möglich abzuschätzen, ob er tatsächlich das gesamte Material zur Verfügung gehabt habe ( Urk. 26 S. 2) . Es müsse überwiegend wahrscheinlich sein, dass die Diagnose eines CRPS I korrekt sei und es reiche nicht, dass keine andere Diagnose gestellt werden könne ( Urk. 9 S. 3). Dr. E.\_\_\_\_ nehme keine kritische Würdigung der im Verlauf erhobenen Befunde vor ( Urk. 9 S. 4). Die Vorgehensweise von Dr. E.\_\_\_\_ entspreche nicht einem kritischen Vergleich von Befunderhebungen verschiedener Ärzte zu verschiedenen Zeitpunkten ( Urk. 9 S. 5). Sodann begebe sich der Gutachter noch ausserhalb seines Fachgebiets ( Urk. 9 S. 5). Die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ erfülle die Kriterien eines medizinischen Berichts mit Beweiswert nicht ( Urk. 9 S. 5).

Gemäss der Aktenbeurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ widersprüchen die Befunde von Dr. E.\_\_\_\_ bezüglich Sensibilitätsstörungen den von den neurologischen Fachspezialisten erhobenen Befunden anlässlich des C.\_\_\_\_-Gutachtens. Auch die übrigen Befunde seien nicht korrekt und ohne kritische Auseinandersetzung erhoben worden ( Urk. 9 S. 6). Die Diagnose eines CRPS I habe im Verlauf nie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt werden können ( Urk. 9 S. 6). Dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ komme, da ein lückenloser Befund vorliege und es im Wesentlichen um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe, voller Beweiswert zu ( Urk. 9 S. 6). Dr. F.\_\_\_\_ führe zu Recht aus, dass es zwar nicht auszuschliessen sei, dass irgendwann zwischen dem Unfall und der neurologischen Konsultation vom 10. März 2015 ein CRPS vorgelegen habe, dass es aber nicht überwiegend wahrscheinlich sei ( Urk. 26 S. 2). Zusammenfassend sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Versicherte an einem CRPS leide. Hingegen seien die Beschwerden des Versicherten durch die bildgebend nachweisbaren Befunde erklärbar. Der beginnende unfallunabhängige Hallux valgus sowie ein anlagebedingter Senkspitz fuss seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens hälftig für die beklagten Beschwerden verantwortlich ( Urk. 26 S. 3). 3 .2

Der Beschwerdeführer liess in der Beschwerde und den weiteren Rechtsschriften im Wesentlichen geltend machen, gestützt auf das von ihm veranlasste Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2017 sei nach dem Unfall vom 10. Oktober 2013 am rechten Fuss ein unfallbedingtes CRPS I aufgetreten, welches chronisch-wellenförmig verlaufe. Das CRPS I sei nicht ausreichend therapiert worden und als Folge davon sei er weiterhin arbeitsunfähig ( Urk. 1 S. 10). Das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ bringe Gesichtspunkte hervor, welche weder in den kreisärztlichen Beurteilungen noch im Rahmen der Begutachtung durch die C.\_\_\_\_ erkannt worden seien. Namentlich sei ein der medizinische Endzustand nicht erreicht und ein aktives CRPS I ausgewiesen ( Urk. 1 S. 11). Das Gutachten der C.\_\_\_\_ überzeuge nicht. Namentlich sei ein die Diagnose n

nicht vollständig und korrekt erfasst worden ( Urk. 1 S. 11 f.) und die Untersuchungen seien unvollständig erfolgt ( Urk. 1 S. 16). Im Übrigen vermöchten auch die internistischen und psychiatrischen Beurteilungen der C.\_\_\_\_ -Gutachter nicht zu überzeugen ( Urk. 1 S. 17). Die Diagnose eines CRPS I ziehe sich wie ein roter Faden durch die gesamte Krankengeschichte ( Urk. 1 S. 13). Anhand der Budapest- Kriterien sei für Dr. E.\_\_\_\_ zweifelsfrei erstellt, dass am rechten Fuss das Vorliegen eines unfallbedingten aktiven CRPS I bis aktuell bejaht werden müsse ( Urk. 1 S. 13). Die durchgeführte Untersuchung entspreche einer vollständigen neurologischen Grunduntersuchung ( Urk.

#### **E. 16**

f. und S. 19 f. ; vgl. auch Urk. 11/I/256 S. 27 f f .). Die beklagten Beschwerden liessen sich orthopädisch nicht begründen ( Urk. 11/I/256 S. 34 ).

Durch die multiplen körperlichen Beschwerden und Einschränkungen sowie das Scheitern der beruflichen Aktivität sei es zu einem Gefühl der Hilflosigkeit gekommen, wobei der Versicherte ein ausgeprägtes kartesisches Krankheitsmodell pflege und verschiedene muskuläre und statische Probleme und Verletzungsfolgen als Ursache des Beschwerdekomples ansehe ( Urk. 11/I/256 S. 15). 4.7

Dr. E.\_\_\_\_ legte im Gutachten vom 8. Mai 2017, welches insbesondere auf einer Untersuchung des Versicherten vom 5. Mai 2017 beruht, vorerst eine Beschreibung des Krankheitsbilds CRPS I, von dessen Diagnostik und Therapie dar ( Urk. 3 S. 3-8). Die Diagnose im C.\_\_\_\_ -Gutachten müsse ergänzt werden, da darin die Fraktur an der Metatarsale I nicht erwähnt worden sei ( Urk. 3 S. 9). Es sei davon auszugehen, dass sich beim Versicherten das CRPS I erstmals am 19. Oktober 2013, zu welchem Zeitpunkt im Spital A.\_\_\_\_ eine objektiv festgestellte Schwellung und die Schmerzhaftigkeit des rechten Beines nicht erklärt und keiner Diagnose hätten zugeführt werden können, manifestiert habe ( Urk. 3 S. 10).

Dr. B.\_\_\_\_ habe sodann am 6. April 2016 einen diskret unterkühlten rechten Fuss, eine vermehrte Behaarung und eine verstärkte Schweissbildung diagnostiziert, welche Symptome zu den klassischen, klinisch nachweisbaren Befunden gehörten ( Urk. 3 S. 12). Das CRPS I ziehe sich wie ein roter Faden durch die gesamte Krankengeschichte (Urk. 3 S. 11 f. ). Aufgrund der im Verlauf aufgetretenen und bei der Untersuchung in der C.\_\_\_\_ festgehaltenen Symptome seien die Budapest-Kriterien erfüllt und die Diagnose CRPS I hätte von den Ärzten der C.\_\_\_\_ aufgeführt werden müssen ( Urk. 3 S. 13 ). Die beim Versicherten erfolgte Therapie sei als ungenügend zu beurteilen. Dass die Beschwerdegegnerin einen Fall ohne adäquat durchgeführte Therapie abschliesse, sei als ungewöhnlich abzulehnen ( Urk. 3 S. 14 f.). Von einem Endzustand oder einer

ausreichenden Therapie könne nicht gesprochen werden ( Urk. 3 S. 28).

Der Versicherte gebe an, an Dauerschmerzen im rechten Fuss , auch in Ruhe zu leiden. Der Schmerz werde im ganzen Fuss lokalisiert, er werde als brennend und bisweilen ziehend beschrieben. Schmerzverstärkungen träten allerdings weniger häufig und weniger intensiv auf.

Zudem bestünden enorme Schmerzen im Thorax und an der Wirbelsäule ( Urk. 3 S. 16). Da neue Studien zum Verlauf der Erkrankung zeigten, dass Ruhe- und evozierte Schmerzen bei mehr als 70 % der Patienten nach fünf Jahren beziehungsweise 15 Jahren noch vorhanden gewesen seien, und dass der Prozentsatz mit Dauerschmerzen über die Jahre teilweise sogar noch zugenommen habe, könne nicht davon ausgegangen werden, dass das CRPS I beziehungsweise die drei erlittenen Unfälle und ihre Folgen ihren Endzustand erreicht hätten ( Urk. 3 S. 16 f. ). Wie die Thorax-Schulter-Schmerzen einzuordnen seien, könne aktuell noch nicht beurteilt werden ( Urk. 3 S. 17) .

Beim Versicherten bestünden Sensibilitätsstörungen ( Urk. 3 S. 17) und Temperaturstörungen ( Urk. 3 S. 18). Die in der

C.\_\_\_\_ mit dem Handrücken durchgeführte Temperaturmessung sei nicht verwertbar ( Urk. 3 S. 18). Sodann bestünden eine Störung der Hautfarbe ( Urk. 3 S. 18 f. ), der Schweißsekretion (Urk. 3 S. 19), motorische und trophische Störungen und eine Atrophie (Urk. 3 S. 19 f. ). Die durchgeführten Untersuchungen zeigten, dass die Untersuchung bei der C.\_\_\_\_

unvollständig durchgeführt worden sei

und das CRPS I noch aktiv sei (Urk. 3 S. 19). Beim Versicherten bestünden Hinweise, dass das CRPS I zu plastischen Veränderungen im Zentralnervensystem geführt habe ( Urk. 3 S. 21). Auch bei kritischer Beurteilung finde er weder in den Akten noch bei der eigenen Exploration Zeichen von Simulation, Aggravation oder einer Verdeutlichungstendenz ( Urk. 3 S. 22 ff.). Beim Beschwerdeführer bestehe bis zum heutigen Zeitpunkt ein unfallbedingtes CRPS I mit wellenförmigem Verlauf, was einer therapeutisch schwer angehbaren unfallbedingten Erkrankung von erheblicher Schwere mit unbestimmter Prognose entspreche ( Urk. 3 S. 26). Aufgrund des CRPS I sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig im angestammten und zuletzt durchgeführten Beruf. Der Tatbeweis sei dadurch erbracht, dass dem Versicherten die Arbeit beim O.\_\_\_\_ -Museum krankheitsbedingt gekündigt worden sei ( Urk. 3 S. 27). Die schweren bestehenden Kreislaufstörungen mit exzessiver Hypertonie könnten -

wenn nach sorgfältiger Abklärung keinerlei organische Ursachen gefunden werden sollten - als Symptome des CRPS I interpretiert werden. Das gleiche gelte für die starken thorakalen Schmerzen und den Schulterhochstand links. Weitere Abklärungen seien erforderlich ( Urk. 3 S. 28). 4.8

Dr. F.\_\_\_\_ führte in der chirurgischen Beurteilung vom 1. September 2017 die im Verlauf von den beteiligten Ärzten und Ärztinnen erhobenen und dokumentierten Befunde auf

und hielt fest, Dr. E.\_\_\_\_ stelle sich in seiner Beurteilung gegen alle diese vorangehend involvierten Fachspezialisten. Die vorangehenden Ärzte hätten unauffällige klinische Befunde dokumentiert. Die Fotodokumentation beider Füße vom 19. Mai 2015 zeige unauffällige, symmetrische Füße ( Urk. 10/1 S. 8 f.). Im Hinblick auf den dritten Unfall sei festzuhalten, dass es schon aus Schmerzgründen kaum möglich sei, dass ein Versicherter

mit einem CRPS rollerbladen gehe ( Urk. 10/1 S. 8).

Schmerz sei per se nicht gleichzusetzen mit einem CRPS. Eine moderate, persistierende Restsymptomatik nach Mittelfussfrakturen, insbesondere nach Belastung, sei nicht aussergewöhnlich. Der erwähnte Schulterhochstand links sei mit Beschwerden am rechten Fuss definitiv nicht zu erklären, ebenso

wenig die Gesamtheit an internistischen Erkrankungen, die der Versicherte aufweise ( Urk. 10/1 S. 10). Mit der Beurteilung von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 19. März 2015 liege ein differenzierter, fachneurologischer Untersuchungsbefund vor. Das neurologische Teilgutachten im Rahmen des C.\_\_\_\_-Gutachtens informiere, dass kein neurologisches Defizit am rechten Fuss vorliege. Die durch Dr. E.\_\_\_\_ erhobenen Befunde seien nicht nachvollziehbar und nicht konsistent zu den neurologisch erhobenen Vorbefunden ( Urk. 10/1 S. 10). Mehrere Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen hätten den Versicherten in den letzten bald vier Jahren nach dem Unfall betreut und / oder beurteilt und dabei immer wieder ein mögliches Vorliegen eines CRPS evaluiert. Die Diagnose CRPS habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt werden können ( Urk. 10/1 S. 10). Einzig Dr. E.\_\_\_\_ diagnostiziere ein CRPS. Er setze persistierende Restbeschwerden am rechten Fuss nach proximalen Metatarsale II-IV Frakturen mit dem Vorliegen eines CRPS gleich ( Urk. 10/1 S. 11). Die eingereichte Abbildung zeige einen trophisch normalen rechten Fuss zum Zeitpunkt am 21. Mai 2015 ( Urk. 3 S. 11). Dieser Befund werde folgend bestätigt durch Dr. J.\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_ und die C.\_\_\_\_-Gutachter ( Urk. 10/1 S. 11). 4.9

Nach den Angaben von Dr. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 7. November 2017 seien die den Versicherten behindernden inguinalen Beschwerden nicht auf die festgestellten kleinen Inguinalhernien zurückzuführen. Er gehe eher von einer muskuloskelettalen Ursache aus. Es sei sehr gut möglich, dass die ganze muskuläre Dysbalance durch die langjährige Fehlbelastung im Rahmen des Sudeck des rechten Fusses provoziert werde ( Urk. 17/2 S. 2). 4.10

Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, stellte im Bericht vom 15. November 2017 folgende Diagnosen: - CRPS Fuss rechts (dystrophe Phase) - Atrophie des rechten Fusses (Fussverkleinerung um eine Schuhgrösse) - Instabilität Lisfranc'scher Gelenkspalt rechts - Instabilität Grosszehengrundgelenk rechts - Plica-Impingement des Grosszehengrundgelenk rechts - Überlastungsreaktionen der Musculus tibialis posterior Sehne rechts ( Urk. 22).

In der Beurteilung des MRI des rechten Vorfusses und Rückfusses vom 5. September 2017 wurde festgehalten, der Morbus Sudeck verlaufe stadienhaft. Aktuell seien keine entzündlichen Veränderungen fassbar, allenfalls wäre die Phase der Dystrophie zu diskutieren (laut Versichertem Grössenabnahme des Fusses, leichte Atrophiezeichen im Bereich der Knochen). Unter der Annahme einer dystrophen Phase des Morbus Sudeck seien die obgenannten Veränderungen suspekt für eine beginnende Instabilität im Bereich des Lisfranc'schen Gelenkspalts und des Grosszehengrundgelenks, dadurch Ausbildung Plica-artiger Strukturen mit möglichen intermittierenden Einklemmungen. Dazu passe auch die verstärkte Belastung der Plantarfaszie mit nun akuter Reizung am Tuber calcanei ( Urk. 22 S. 2 ; vgl. auch Urk. 27/I/282 ). Nach durchgeführter klinischer und bildgebender Untersuchungen führte Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 15. November 2017 aus, durch die aktuellen Befunde der MRI-Untersuchung vom 5. September 2017 sei die Phase der Dystrophie des rechten Fusses bei CRPS objektiv nachweisbar. Sodann bestehe eine

Instabilität im Bereich des Lisfranc'schen Gelenk spalts und des Grosszehengrundgelenks, wodurch es zur Ausbildung Plica -artiger Strukturen mit intermittierenden Einklemmungen am MTP-I-Gelenk komme. Überwiegend wahrscheinlich seien die aktuellen Beschwerden des rechten Fusses durch ein CRPS als Folge des Unfalles vom 10. Oktober 2013 begründbar ( Urk. 22 S. 4). Als Folge des unfallbedingten CRPS verbleibe der Versicherte im ange stammten Beruf zu 100

% arbeitsunfähig ( Urk. 22 S. 4 ). 4 .11

In seiner Stellungnahme vom 29. November 2017 führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, die Suva be s treite das Vorliegen eines CRPS I, obwohl die Budapest -K riterien erfüllt seien und keine andere Diagnose vorliege ( Urk. 17/1 S. 4). Kein anderes definier tes Krankheitsbild als das CRPS I könne die Symptome und den Schmerz des Versicherten erklären ( Urk. 17/1 S. 6). Er habe eine vollständige und korrekte neurologische Grunduntersuchung vorgenommen ( Urk. 17/1 S. 6 und S. 7 ff. ). Die Beschwerdegegnerin gehe davon aus, dass das CRPS I linear zu einer Heilung hin verlaufe, was bedeuten würde, dass bei einer einmal festgestellten Verbesse rung keine Verschlechterung mehr eintreten könne. Das aber sei beim CRPS I grundsätz lich falsch ( Urk. 17/1 S. 7 ). Er habe das Bildmaterial nicht erwähnt, weil dieses separat vom Versicherten mit zur Untersuchung gebracht worden sei ( Urk. 17/1 S. 12). Die am 19. Mai 2015 fotografierten Füs se würden von Dr. F.\_\_\_\_

als unauffällige, symmetrische Füsse beurteilt. Dass dem nicht so sei, sei leicht erkennbar. Der rechte Fuss sei kleiner und vor allem die Ansicht von oben zeige einen deutlich atrophen und nach aussen rotierten Fuss. Im Ver gleich zu den erstellten neueren Fotos zeigten die aktuellen Aufnahmen eine Progredienz des Befundes ( Urk. 17/1 S. 14 f. ). 4 .12

Am 9. April 2018 hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, die in die Behandlung involvierten Ärzte hätte immer wieder einzelne klinische Befunde schriftlich erwähnt, welche als Einzelbefunde auch Teil eines CRPS sein könnten. Die Diagnose CRPS, welche eine Gesam t heit an Befunden voraussetze, sei hingegen aktiv zu keinem Zeit punkt gestellt worden, wobei darauf hinzuweisen sei, dass sich die Behandler mit der Diagnose CRPS auseinandergesetzt hätten. Der Versiche rte sei in regelmässi gen, kurzen Abständen klinisch beurteilt worden. Es sei davon auszugehen, dass ein wellenförmiger Verlauf b emerkt worden wäre. Seit März 2015 sei die Diag nose CRPS mehrfach direkt oder indirekt verneint worden ( Urk. 27/I/289 S. 1 f. ). In den Berichten der Universitätsspitals H.\_\_\_\_ sei die Diagnose eines CRPS d es rechten Fusses nicht gestellt , sondern nur gelistet worden ( Urk. 27/I/289 S. 2 f.). Im Hinblick auf den Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 7. November 2017 hielt sie fest, dieser Bericht könne das Vorliegen eines CRPS nicht bestätigen, weil erstens keine Befunde erhoben worden seien und bezüglich CRPS auch nicht Stellung genommen werde ( Urk. 27/I/289 S. 3). Die in der MRI- Untersuchung vom 5. Sep tember 2017 erhobenen Befunde seien bezüglich der möglichen Morton-Neurom bildung und der diskreten Inkongruenzen im Bereich der Lisfranc -Linie vollstän dig erklärt mit posttraumatischen Veränderungen, wie sie sich zeigten nach Metatarsalia -Serienfraktur , und hätten nichts zu tun mit einem CRPS. Solche Veränderungen seien in der Literatur im Zusammenhang mit einem CRPS nicht beschrieben ( Urk. 27/I/289 S. 4 ). Bereits mit der kreisärztlichen Beurteilung von

Dr. Z.\_\_\_\_

vom 19. Mai 2015 sei ein deutlich seitendifferenzierter Senkspreizfuss rechts mit Abflachung des Quergewölbes und vermehrter Hornhautbeschwielun gen der Mittelfussknochen II-III rechts sowie ein beginnender Hallux valgus rechts dokumentiert worden. Diese

anlagebedingte Tatsache erkläre den leichten Grössenunterschied der Füsse, die belastungsabhängigen Beschwerden am rechten Fuss wie auch die schmerzhafte passive und aktive Bewegung im Grosszehengrundgelenk rechts ( Urk. 27/I/289 S. 4 f.). Gemäss den vorliegenden Unterlagen liege einerseits ein posttraumatischer Endzustand vor nach kaum dislozierten, proximalen Frakturen der Metatarsalia II bis IV rechts mit vorhanden Restbeschwerden und diskreten degenerativen ossären Veränderungen sowie mit einer möglichen Morton-Neurombildung intermetatarsal II/III und III/IV und andererseits ein beginnender unfallabhängiger

Hallux valgus sowie ein anlagebedingter Senkspreizfuss rechts

( Urk. 27/I/289 S. 5). 4 .13

In der erneuten Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ führte dieser aus, werde vorliegend der gesamte unfallverursachte Krankheitsverlauf betrachtet, so stelle die Diagnose CRPS eine definierte pathologische Entität dar, die medizinisch den Gesamtablauf gut und widerspruchsfrei erkläre. Keine andere Diagnose könne dies im vorliegenden Fall. Das CRPS auf einen bestimmten Zeitraum beschränken zu wollen und als hypothetisch mögliche Diagnose in den Raum zu stellen, sei medizinisch unbegründet und spekulativ ( Urk. 32 S. 2 f.). Dass einzig aufgrund bildgebender Verfahren ohne Patientenbefragung und ohne Patientenuntersuchung Diagnosen nicht nur gestellt, sondern auch noch in ihrem klinischen Krankheitswert interpretiert werden, sei in der Medizin nicht üblich, unzulässig und abzulehnen ( Urk. 32 S. 7). Soweit ein Hallux valgus oder ein Senkspreizfuss überhaupt vorlägen, so wären sie eine CRPS-Folge, umso mehr als nur der rechte Fuss betroffen sei ( Urk. 32 S. 8). 5 . 5 .1

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit des angefochtenen Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). 5 .2

Dr. E.\_\_\_\_ hielt im Gutachten vom 8. Mai 2017 fest, der rechte Fuss sei beim Versicherten nach den erlittenen Unfällen insgesamt kleiner geworden und die Seitendifferenz betrage aktuell 1 ½ Schuhgrössen nach EU-Schuhgrössen ummern. Es liege eine «Minusvariante» der trophischen Störungen bei CRPS vor ( Urk. 3 S. 21).

Gemäss seinem Bericht vom 29. November 2017 liegt eine Progredienz des am 19. Mai 2015 fotografisch dokumentierten Befundes vor, was er mit Aufnahmen unterlegte ( Urk. 17/1 S. 14 f. ). Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 15. November 2017 unter anderem eine Atrophie des rechten Fusses mit einer Fussverkleinerung um eine Schuhgrösse ( Urk. 22).

Ein Grössenunterschied der beiden Füsse wurde in den vorgehenden Berichten und Gutachten – namentlich in den Berichten von Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 11/I/128, 11/I/165) und dem C.\_\_\_\_ - Gutachten ( Urk. 11/I/256) - nicht ausdrücklich

erwähnt. Jedoch ist bereits auf den dem Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 beigelegten Aufnahmen ein leichter Grössenunterschied der Füsse zu erkennen ( Urk. 11/I/128 S. 5). Da die

weiter geltend gemachte Fussverkleinerung relativ bald nach April 2017, dem Zeitpunkt des Einspracheentscheides, festgestellt wurde und zudem von einer laufenden Entwicklung

auszugehen ist, ist dieser Befund vorliegend zu berücksichtigen.

Zur Frage der Unfallkausalität einer eingetretenen Fussverkleinerung beziehungsweise einer Atrophie äussern sich Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ einerseits und Dr. F.\_\_\_\_ andererseits. 5  
.3

Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_

gehen in ihren Beurteilungen davon aus, die Diagnose eines CRPS des rechten Fusses sei gegeben und die Fussverkleinerung Symptom oder Folge dieser Erkrankung .

Das Vorliegen eines CRPS wurde im Verlauf von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten wiederholt geprüft und für den jeweils aktuellen Zeitpunkt der Untersuchungen verneint .

So verneinte der Neurologe Dr. Y.\_\_\_\_ im Bericht vom 19. März 2015 das Vorliegen von Anhaltspunkten für ein persistierendes CRPS ( Urk. 11/1/108 S. 2). Auch Dr. Z.\_\_\_\_ stellte bei den Untersuchungen vom 19. Mai 2015 und insbesondere vom 15. Dezember 2015 nicht die typischen Befunde fest, die klinisch für ein persistierendes CRPS gesprochen hätten ( Urk. 11/1/128, 11/1/165 ). Auch im Rahmen der Hospitalisation in der Klinik für Rheumatologie des Universitätsspitals H.\_\_\_\_

vom 2. bis 12. Januar 2016 wurden keine Befunde erhoben, die ein fortbestehendes CRPS dokumentiert hätten ( Urk. 11/1/173 S. 2 ). Dr. J.\_\_\_\_ führte am 10. März 2016 aus, hinsichtlich eines CRPS könne keine offensichtliche Pathologie erhoben werden ( Urk. 11/1/200). Auch Dr. B.\_\_\_\_ konnte im Rahmen der von ihm im April und Juli 2016 durchgeführten Untersuchungen keine Hinweise auf ein CRPS feststellen ( Urk. 11/1/194 S. 3, 11/1/181, 11/1/225, 11/1/240 ). Soweit Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Gutachten (vgl. Urk. 3 S. 12) annimmt, Dr. B.\_\_\_\_ bejahe im Bericht vom 7. April 2016 ( Urk. 11/1/194) das Vorliegen einer vermehrten Behaarung und verstärkten Schweissbildung, so täuscht er sich. Die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_, wonach «ein diskret unterkühlter Fuss ohne Schwellung, vermehrte Behaarung und verstärkte Schweissbildung» bestanden habe, lassen sich grammatikalisch im Satz(teil) vielmehr nur so verstehen, dass sich das «ohne» auch auf die vermehrte Behaarung und verstärkte Schweissbildung bezieht.

Dr. B.\_\_\_\_ hielt denn auch fest, dass bei seinen Untersuchungen keine Hinweise auf eine Sudecksche Dystrophie bestanden hätten (vgl. Urk. 11/1/225 S. 2). Im Rahmen der Begutachtung in der C.\_\_\_\_ vom September/Oktober 2016 hatten ebenfalls keine Befunde erhoben werden können, die für ein persistierendes CRPS sprachen (vgl. Urk. 11/1/256 S. 15). Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte nahmen in ihren Beurteilungen nicht ausdrücklich auf die für die Diagnosestellung eines CRPS massgeblichen Budapest-Kriterien Bezug. Jedoch prüften sie – insbesondere die Gutachter der C.\_\_\_\_

– umfassend und unter Einbezug des Verhaltens des Versicherten, ob von die Arbeitsfähigkeit einschränkende Beeinträchtigungen auszugehen war. So wurde etwa aufgrund der gemessenen Beinumfangs eine Schonung des rechten Beines ausgeschlossen. Der Umstand der Bewegungseinschränkung in den Zehengelenken wurde nicht als Symptom des CRPS, sondern durch die erlittene Verletzung bedingt, beurteilt ( Urk. 11/1/256 S. 16 f. ).

Dass der Versicherte Rollerbladesfahren konnte, wurde als Beweis dafür gesehen, dass wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen hatte ( Urk. 11/1/256 S. 18 ). Bei den klinischen Untersuchungen durch Dr. G.\_\_\_\_ von September bis November 2017 waren sodann keine entzündlichen Veränderungen fassbar und der rechte Fuss war nur subjektiv

temperaturvermindert und schwitzend ( Urk. 22 S. 2 ). Die röntgenologischen Abklärungen vom Jahr 2017 ergaben im Wesentlichen keine Hinweise auf einen Morbus Sudeck (vgl. Urk. 27/I/282-284).

Die von Dr. E.\_\_\_\_

gestellte Diagnose eines CRPS beziehungsweise die von ihm erhobenen klinischen Befunde wie etwa die Sensibilitäts- und Temperaturstörungen und die Störungen der Schweißsekretion

stehen somit im Wesentlichen für sich. Dies verbietet es von vorneherein

auf das entsprechende, von einer Partei eingereichte Gutachten abzustellen. Die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_, welcher von einer dystrophen Phase des Morbus Sudeck ausgeht, gründet zudem auf der Annahme einer vorbestandenen aktiven Phase des CRPS; insoweit fehlt es an einer Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverlauf. 5.4

Dr. F.\_\_\_\_ demgegenüber sieht als Ursache des leichten Grössenunterschieds der Füße und der Schmerzen auch einen unfallunabhängigen, anlagebedingten Senksprefuss mit beginnendem Hallux valgus rechts ( Urk. 27/I/289 S. 5 ).

Unklar ist aufgrund der Akten diesbezüglich, ob die Fussverkleinerung tatsächlich durch einen Hallux valgus mitbedingt ist. Die aktuellen röntgenologischen Abklärungen weisen keinen Hallux valgus aus (vgl. Urk. 22 S. 2 f., 27/I/282-284). Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, auf den Fotos sei auf keiner Seite ein relevanter Hallux valgus sichtbar, und erachtete eine ergänzende Untersuchung für notwendig ( Urk. 32 S. 7 ). Sodann ist unklar, ob ein Senksprefuss mit beginnendem Hallux valgus rein anlagebedingt wäre, oder ob auch insoweit von

einer (zumindest) teilweisen Unfallfolge auszugehen ist.

Dies lässt sich zumindest der Beurteilung von Kreisarzt

Dr. Z.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 entnehmen. Dieser beschrieb eine deutliche Abflachung des Quergewölbes rechts mit beginnendem Hallux valgus rechts. Er diagnostizierte eine Ausbildung eines Senksprefusses rechts ( Urk. 11/I/128 S. 3 f.). Bei der Untersuchung vom 10. Dezember 2015 demgegenüber beschrieb er eine beidseitige Abflachung des Quergewölbes mit beginnendem Hallux valgus beiderseits ( Urk. 11/I/165). Damit besteht ein gewisser Widerspruch zur Beurteilung vom 19. Mai 2015. Gemäss dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. November 2016 waren die physiologischen Gewölbe beidseits abgeflacht ( Urk. 11/I/256 S. 32). (Zumindest) zeitweilig ist auf der rechten Seite aber offenbar wieder von einer gegenüber links progredienten Entwicklung auszugehen. Damit drängt sich die Frage auf, ob diese Entwicklung als zumindest teilweise Folge der erlittenen Unfälle zu betrachten ist. Da die Befunde unklar sind, reicht die reine Aktenbeurteilung von Dr. F.\_\_\_\_

für die abschliessende Beurteilung nicht aus. 5.5

Mit den vorhandenen ärztlichen Berichten lässt sich die Frage, von welchen Beeinträchtigungen am rechten Fuss im Zeitpunkt des angefochtenen Einspruchsentscheids

auszugehen war, nicht abschliessend beantworten.

Damit kann aber auch nicht beurteilt werden, ob und inwieweit die geltend gemachten Schmerzen objektivierbar waren, und welche Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt bestand. Unklar ist sodann auch die Unfallkausalität der am 6. April 2018 bestandenen Einschränkungen.

Diese Fragen wird die Beschwerdegegnerin durch eine von ihr einzuholende externe Beurteilung zu klären haben. Angesichts der - insbesondere bezüglich eines CRPS - bestehenden widersprüchlichen Beurteilungen ist eine externe Beurteilung erforderlich. Dabei wird auch zu beantworten sein, ob die festgestellten Einschränkungen Symptom oder Folge eines CRPS sind und es ist der gesamte Verlauf zu würdigen. Die Expertise wird damit auch Auskunft zu geben haben, ob am 31. Januar 2016 (oder zu einem anderen Zeitpunkt) von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war, beziehungsweise ob von der vollständigen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen war und ob allfällige am 6. April 2017 bestandene unfallbedingte Einschränkungen

gegebenenfalls

als Rückfall oder Spätfolge zu betrachten sind.

Sodann wird sich die Expertise auch zum Integritätsschaden zu äussern haben. Dr. Z. \_\_\_\_ war in seiner Beurteilung vom 19. Dezember 2016 noch davon ausgegangen, es bestünden keinerlei, weder funktionelle noch bildgebend nachgewiesene Defizite (Urk. 11/I/250).

Ergänzend wird Vollständigkeitshalber auch zu beantworten sein, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Leistenschmerzen, die Rückenschmerzen beziehungsweise die Hypertonie Folge der Fussverletzung und damit (mittelbare) Unfallfolgen sind.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen und die Sache für ergänzende Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6.

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, welche ermessensweise auf Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen ist (vgl. § 34 Abs. 1 und Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. April 2017 aufgehoben und die Sache an die Suva zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Suva - 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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Klemmt

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