

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00128

vom 28. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00128

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00128 du 28 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00128 del 28 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, war als Fachfrau für medizinisch-technische Radiologie bei der Klinik Y.____

tätig, als sie am 6. Juni 2013 beim Besteigen eines Trams den linken Fuss zwischen Türe und Randstein einklemmte und dabei eine Prellung erlitt (Urk. 7/Z1), welche in der Folge zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 26. Juni 2013 führte (vgl. Urk. 7/ZM2). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis auf den 30. April 2014 auf (Urk. 7/31). Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (im Folgenden: Zürich) trat auf den Schaden ein und leistete Heilbehandlung und Taggeld.

Mit formlosem Schreiben vom 27. August 2014 teilte die Zürich der Versicherten mit, dass sie gedenke, das Taggeld noch bis zum 30. September 2014 zu 100 % zu leisten und ab 1. Oktober 2014 auf 50 % zu reduzieren (Urk. 7/Z50). Am 15. Dezember 2014 informierte sie sie über die Einstellung der Taggeldleistungen per 1. März 2015 (Urk. 7/Z75). Nach weiteren medizinischen Abklärungen stellte die Zürich ihre Leistungen mit Verfügung vom 25. September 2017 (Urk. 7/Z228) rückwirkend per 5. Juni 2017 (richtig: 2014) ein (S. 2 Ziff. 1), wobei sie auf eine Rückforderung der bereits darüber hinaus erbrachten Leistungen verzichtete (S. 2 Ziff. 2). Ausserdem verneinte sie den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und eine Rente (S. 2 Ziff. 3). Die dagegen gerichtete Einsprache der Versicherten vom 26. Oktober 2017 (Urk. 7/Z230) wies die Zürich mit Einspracheentscheid vom 26. April 2018 ab (Urk. 7/Z239 = 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 6. Juni 2013 (vgl. Urk. 7//1) 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

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 Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen 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 (zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26. Aufl., Berlin 2017, S.

1623). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27.

September 2012 E.

5.3.1, 8C_1021/2010

vom 19.

Februar 2011 E.

7).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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).

Rechtsprechungsgemäss gehören zu den massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteil des Bundesgerichts 8C_692/2022 vom 2. Mai 2023 E. 4.2.2 mit Hinweisen) .

E. 1.4

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

Rechtsprechungsgemäss gehören zu den massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und

austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05 E. 4; SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2011 E. 4.2.1, 8C_337/2016 vom 7. Juli 2016 E. 4.1; Andreas Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479). Anzuführen ist des Weiteren, dass der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs beziehungsweise dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S.

55, 8C_331/2015 E. 2.2.3.1).

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. 1.5

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).

Sachverständigengutachten von externen Spezialärzten ist praxisgemäss volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E.

1.3.4; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/ bb).

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 ; RKUV 2000 Nr.

U

363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29.

Januar 2009 E.

E. 2

und 8C_901/2009 vom 14.

Juni 2010 E.

3.2).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per 5. Juni 2014 ein mit der Begründung (Urk. 2), dass im Z.____-Gutachten (vgl. nachstehende E. 3.8) schlüssig begründet worden sei, dass kein Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS) vorliege und dass, selbst wenn eine solche s vorgelegen hätte, die Symptome inzwischen nicht mehr vorhanden seien, respektive vollständig ausgeheilt wären. Dies werde auch von den Angaben der behandelnden Ärzte gestützt (S. 3 unten). Die Gutachter hätten auch schlüssig und nachvollziehbar beurteilt, dass die psychischen Beschwerden durch diverse unfallfremde (primär familiäre Belastungsfaktoren) hervorgerufen seien und nur noch durch die genannten Belastungsfaktoren unterhalten würden (S. 4 oben). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei und auch an keinem Vorzustand gelitten habe, könne nichts abgeleitet werden, was gegen die Z.____-Beurteilung sprechen würde. Mangels weiterandauernder natürlicher Kausalität seien die Leistungen zu Recht eingestellt worden. Ausserdem fehle es auch am adäquaten Kausalzusammenhang (S. 4 lit . e).

Mit Beschwerdeantwort (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin zusammengefasst an ihrem Standpunkt fest, dass die Leistungseinstellung gestützt auf das Z.____-Gutachten korrekt sei.

Mit Replik sodann (Urk. 14) führte sie aus, die Beschwerdeführerin könne aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 27. Juni 2018 nichts zu ihren Gunsten ableiten , beschlage doch die Kritik des Bundesverwaltungsgerichts nicht die Beurteilung der Z.____ , sondern die im Verfügungszeitpunkt vorliegenden ärztlichen Berichte (S. 2 unten) .

Zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. Juni 2022 bemerkte die Beschwerdegegnerin (Urk. 37), dass sowohl im Z.____-Gutachten als auch im Gutachten der Neurologie A.____

AG die Diagnose eines CRPS eingehend und schlüssig verneint worden sei

(S. 1).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein (Urk. 1), das Gutachten der Z.____ erfülle die Anforderungen an den Beweiswert nicht: Angesichts dessen, dass die nach dem Unfallereignis konsultierten Ärzte ein Morbus Sudeck respektive ein CRPS diagnostiziert hätten, sei nur schwer nachvollziehbar, weshalb die Gutachter das Vorliegen eines CRPS in Frage gestellt hätten. Es liege nicht eine gesundheitliche Störung vor, welche sich aus einem banalen Fussstrauma heraus entwickelt habe, nach welchem eine Abheilung innerhalb weniger Wochen hätte erwartet werden müssen. Die Gutachter hätten den auch den Zeitpunkt, in dem ihrer Auffassung nach der Vorzustand wieder erreicht gewesen sei, bloss geschätzt (S. 7 Ziff. 2). Es treffe auch nicht zu, dass bei den psychischen Beeinträchtigungen unfallfremde Faktoren, nämlich psychosoziale Belastungsfaktoren, eine Rolle spielten. Dass die Beschwerdeführerin, welche aufgrund der anhaltenden Schmerzen keine Tätigkeit mehr aufnehmen können, aufgrund der Einstellung der Taggelder in finanzielle Schwierigkeiten geraten sei, sei nicht erstaunlich, und es sei naheliegend, dass sie sich Sorgen um ihre Zukunft gemacht habe. Ebenso wenig sei der Umstand, dass sie für den Familienunterhalt gesorgt habe, zu beanstanden, sei sie doch bis zum Unfall sehr gut in der Lage gewesen, ihre Erwerbstätigkeit sowie zusammen mit ihrem Ehemann die Betreuung der drei Kinder zu bewältigen (S. 8 Ziff. 8). Überdies hätten die Z.____-Gutachter die Frage zu den Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit äusserst knapp beantwortet und das Gutachten trage den von der Rechtsprechung entwickelten Standardindikatoren keine Rechnung (S. 9 Mitte). Da die Z.____-Gutachter die Fragen nach einer weiteren ärztlichen Behandlung nur nichtssagend beantwortet hätten und daher die Frage nicht geklärt sei, ob von einer weiteren ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne, seien die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Adäquanz nicht von Bedeutung (S. 10 Mitte). Immerhin sei aber festzuhalten, dass sieben der massgebenden Adäquanzkriterien erfüllt seien, so dass der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen sei (S. 11 unten).

Mit Replik führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus (Urk. 10), auch das Bundesverwaltungsgericht habe mit Urteil vom 27. Juni 2018 betreffend Leistungen der Invalidenversicherung festgehalten, dass auf das Z.____-Gutachten infolge fehlender Schlüssigkeit nicht abgestellt werden könne (S. 3 unten).

Nachdem der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zugesprochen worden war, brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 32), aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. Juni 2022 gehe hervor, dass sich aus der Fussverletzung in Folge des Unfalls ein CRPS mit einer entsprechenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entwickelt habe. In der Zwischenzeit sei eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten und sie sei seit März 2022 auf Krücken angewiesen (S. 1 unten).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht eingestellt hat.

E. 3

Mit Bericht vom 15. November 2013 (Urk. 7/ZM8) nannte sie einen dringenden Verdacht auf das Vorliegen eines CRPS Typ I bei Status nach Kontusionstrauma linker Fuss, ohne Befunde zu beschreiben.

E. 3.1.1

Dr. med. B.____, Fachärztin für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte im Bericht vom 16. September 2013 (Urk. 7/ZM 5) einen Verdacht auf ein CRPS bei Status nach Kontusionstrauma linker Fuss (Rückseite; vgl. Urk. 42). Der linke Fuss sei leicht geschwollen und eher etwas abgekühlt, es sei jedoch keine Hyperhydrose (übermässiges Schwitzen) feststellbar. Die Beweglichkeit des Sprunggelenks links sei leicht eingeschränkt und es liege ein Kompressionschmerz im Mittelfuss vor. Es sei keine eigentliche Gelenkschwellung vorhanden, die Sensibilität, Neurologie und Durchblutung seien ungestört.

E. 3.1.2

Im Überweisungsschreiben an

Dr. C.____

(vgl. nachstehend E. 3.3) vom 8. Oktober 2013 (Urk. 7/ZM7) nannte sie als Diagnose ein auf bisherige Therapie nicht überzeugend

ansprechendes CRPS (M. Sudeck) linker Fuss bei Status nach Kontusionstrauma am 6. Juni 2013 (S. 1 Mitte). Eine ossäre Läsion habe mittels der bisherigen Röntgenuntersuchungen sowie MRI des linken Fusses ausgeschlossen werden können. Klinisch zeige sich eine klassische Sudeck-Symptomatik mit eher leicht unterkühltem linken Fuss, Hyperhydrose und pelzigen Dys -Parästhesien bei intakter Durchblutung und unauffälligem Neurostatus (S. 1 unten).

E. 3.1.4

Mit Bericht vom 28. Januar 2014 (Urk. 7/ZM13) diagnostizierte sie einen Status nach Kontusionstrauma linker Fuss mit Entwicklung eines CRPS Typ I/Morbus Sudeck. Befunde wurden keine aufgeführt.

E. 3.1.5

Am 8. April 2014 diagnostizierte Dr. B.____ ein therapieresistentes chronifizierendes CRPS/ einen Morbus Sudeck linker Fuss bei Status nach Kontusionstrauma (Quetschung Weichteile). Trotz Anwendung sämtlicher möglicher Therapiemethoden und Abklärungsuntersuchungen bestehe keine Heilungs- oder Besserungstendenz. Die Beschwerden chronifizierten zunehmend, und es müsse mit einem Übergang ins Stadium III eines Morbus Sudeck gerechnet werden.

E. 3.1.6

Mit Stellungnahme vom 5. Mai 2014 (Urk. 7/ZM 25) diagnostizierte Dr. B.____ einen Verdacht auf Morbus Sudeck/CRPS des linken Mittelfusses bei Status nach Kontusionstrauma des Fusses links (S. 1 Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin klagte über persistierende Schmerzen, initial auch eine Schwellung im linken Mittelfuss, wobei die Schmerzen dauernd, auch nachts, beständen und sich bei Bewegung und Belastung sowie Druck auf den linken Fuss verstärkten. Zusätzlich klagte sie über Parästhesien bis Hypästhesien sowie eine Druckintoleranz in geschlossenen Schuhen. Die Druckdolenz des linken Mittelfusses könne objektiviert werden bei im Übrigen fehlenden feststellbaren Veränderungen der Haut oder der Weichteile des linken Fusses (S. 1 Ziff. 3).

E. 3.1.7

Am 22. August 2014 (Urk. 7/ZM34) stellte

Dr. B.____

die Diagnose eines CRPS beziehungsweise eines Morbus Sudeck linker Fuss (S. 1 Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an Schmerzen im linken Fuss, vorwiegend bewegungs- und belastungsabhängig, sowie an Dysästhesien über dem Fussrücken. An objektivierbaren Befunden bestehe immer noch eine diffuse Druckdolenz über dem ganzen Mittelfuss mit zunehmender Versteifung des Mittelfusses. Sämtliche radiologischen Abklärungsuntersuchungen hätten keine eindeutigen pathologischen Befunde, insbesondere keine dokumentierbare Traumafolgen, erhärtet. Die Diagnose eines CRPS basiere auf dem klinischen Bild sowie auch auf dem Ausschluss sonstiger Pathologien (S. 1 Ziff. 2).

Weitere Massnahmen, ausser der zurzeit noch laufenden Behandlung beim Schmerztherapeuten, könnten nicht vorgeschlagen werden. Es stehe nur noch eine Implantation eines Schmerzschrittmachers zur Diskussion (S. 3 Ziff. 10). Dies bestätigte sie am 24. September 2014 (Urk. 7/ZM79) gegenüber der Invalidenversicherung.

E. 3.2

Dr. med. D.____, Fachärztin für Nuklearmedizin und Radiologie, stellte nach durchgeführter 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie mit Bericht vom 9. Oktober 2013 (Urk. 7/ZM19) fest, dass die Befunde gut vereinbar seien mit einem Morbus Sudeck Stadium I.

E. 3.3.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 4. November 2013 einen dringenden Verdacht auf ein CRPS Typ I bei Status nach Kontusionstrauma linker Fuss (S. 1 Mitte). Es sei keine Schwellung wahrnehmbar. Die Haut am Fuss links im Vergleich zu rechts sei weisslich, der linke Fuss sei in leichter Supinationsstellung. Es bestehe keine wesentliche Berührungs- dafür umso mehr eine Druckallodynie vor allem am medialen Fuss und am ganzen medialen Unterschenkel. Auf Berührung sei eine diffuse Hypästhesie am Fuss wahrnehmbar. Es bestehe kein Temperaturunterschied, auch nicht für Schwitzen. Im Sprunggelenk und allen Zehengelenken links liege eine schmerzbedingte leichte Bewegungs- einschränkung vor (S. 1 unten). Insgesamt bestünden mehrere Anzeichen und Symptome für ein CRPS «(nach Budapester Kriterien heute knapp erfüllt)» (S. 2 oben).

E. 3.3.2

Mit Bericht vom 24. April 2014 (Urk. 7/ZM28) diagnostizierte Dr. C.____ eine insgesamt mit einem CRPS Typ I vereinbare Symptom-/Befundkonstellation am linken Fuss bei einem Zustand nach Kontusionstrauma ohne ossäre Läsion im Juni 2013 (S. 1 Ziff. 2). Zumindest bei der Erst- und der Letztuntersuchung bestanden keine eindeutige autonome Störungszeichen (Asymmetrie: Schwitzen, Hauttemperatur, Verfärbung), anamnestisch würden diese aber teilweise positiv angegeben (S. 1 Ziff. 3).

E. 3.4

Dipl. Psych. E.____

berichtete am 15. August 2014 (Urk. 7/M35), im Moment sei eine reaktive Depression (F32.1) zu diagnostizieren. Die Beschwerdeführerin sei die Hauptverdienerin gewesen, ihr Mann habe gelegentlich gearbeitet und auf die Kinder aufgepasst. Der Haushalt sei aber

trotzdem durch sie nach Feierabend und am Wochenende geführt worden. Auch nach dem Unfall seien die Haushaltspflichten und die Kinderbetreuung hauptsächlich bei ihr gelegen, ausruhen und die Beine hochlegen könne sie nur abends. Der Schlaf sei durch die Schmerzen im Fuss gestört, wenn sie morgens aufstehe, fühle sie sich nicht erholt und sei dadurch reizbar und müde. Seit dem Unfall habe sie durch Bewegungsmangel und Medikamente 10 kg zugenommen, sie leide unter verschiedenen Nebenwirkungen der Medikamente und sei von Zukunftsängsten geplagt. Die Beziehung leide unter der Situation und bedeute ein zusätzliches Konfliktfeld.

E. 3.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab am 2. Oktober 2014 seine medizinische Beurteilung ab (Urk. 7/ZM40): Die Psychologin stelle das somatische Leiden in den Vordergrund. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich die Diagnose einer depressiven Störung aufgrund der schriftlichen und telefonischen Angaben der Psychologin nicht hinreichend begründen. Es werde aber auch deutlich, dass die Psychologin über die somatischen Berichte und Diagnosen wenig Kenntnis habe. Eine psychiatrische Behandlung finde derzeit nicht statt (S. 2).

E. 3.6

Nach der konsiliarischen Untersuchung der Beschwerdeführerin stellte

Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, im Bericht vom 9. März 2015 (Urk. 7/ZM44) folgende Diagnosen (S. 37): - Algodystrophie des linken Fusses mit/bei - klinisch weitgehender Remission - Status nach Quetschtrauma des linken Fusses am 6. Juni 2013 - Status nach rezidivierenden Supinationstraumata des linken Fusses - chronifizierte Schmerzsymptomatik mit/bei - Schlafstörungen - neurokognitiven Beschwerden - Angstzuständen mit Zittern - depressiver Anpassungsstörung anamnestisch - psychosoziale Belastungsfaktoren - unspezifische Kreuzschmerzen bei - Fehlhaltung - Haltungsinsuffizienz - unklare Knieschmerzen rechts - Hypermobilität mit Beighton Index 7/9 - Status nach Operation eines dorsalen Handgelenksganglions, 2001 anamnestisch - arterielle Hypertonie, Erstdiagnose Januar 2014 anamnestisch - Übergewicht (BMI 28.4 kg/m²) - Status nach Adipositas Grad 2 (BMI 36.1

kg/m²), Ende 2013 anamnestisch - Status nach Schädelhirntrauma, 2005 anamnestisch

Die objektiven klinischen Befunde und die Diagnose Algodystrophie erklärten die angegebenen Beschwerden und das präsentierte Störungsbild nur ungenügend. So sei auch auffällig, wie schlecht die Beschwerdeführerin auf die Infiltration des sympathischen Grenzstrangs und auf die

Analgetikainfusion angesprochen habe, was für einen rein somatischen und auch neurogenen Schmerz eher atypisch sei. Atypisch scheine auch der Beschwerdeverlauf mit unverändert stark angegebenen Schmerzen sowie den mit einer grösseren Latenz aufgetretenen psychischen Beschwerden bei objektiv doch recht gut erhaltener Funktionalität im Alltag (S. 37 unten).

Unfallkausal zu betrachten seien eine Schmerzhaftigkeit der linksseitigen Fusswurzel sowie eine leicht eingeschränkte Dorsalflexion im linken oberen Sprunggelenk (OSG), welche jedoch funktionell nicht von Bedeutung seien. Trotzdem lasse sich in dieser Situation kein Status quo definieren. Es gehe vielmehr darum, zu geeignetem Zeitpunkt einen Endzustand

festzulegen. Alle anderen Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang (S. 38) .

Objektiv scheine der klinische Zustand des linken Fusses seit längerem zu stagnieren. Auch mit regelmässiger Physiotherapie habe die OSG-Beweglichkeit nicht weiter verbessert werden können. Ob die neu begonnene Akupunktur die Beschwerden günstig beeinflussen könne, lasse sich noch nicht beurteilen. Nachdem vor allem psychologische Momente und gravierende psychosoziale Faktoren das Beschwerdebild zu unterhalten scheinen, sollte die Analgesie und das Lyrica sukzessive reduziert werden, umso mehr deshalb, da die Beschwerdeführerin diverse Beschwerden in einen Zusammenhang mit diesen Medikamenten bringe. Von weiteren aggressiven Massnahmen wie Neurostimulation sei dringend abzuraten (S. 39 oben).

E. 3.7

Vom 25. Januar bis 8. März 2016 weilte die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung im Zentrum für Psychiatrie H.____. Mit Bericht vom 7. Juni 2016 (Urk. 7/ZM70) diagnostizierten die Fachärzte eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Die Beschwerdeführerin leide seit 2.5 Jahren unter depressiver Stimmung mit Weinattacken, Antriebslosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen und habe in letzter Zeit Suizidgedanken mit Handlungsplanung

geäussert. Aufgrund der vielen Medikamente fühle sie sich tagsüber sehr müde und könne sich nicht auf anspruchsvolle Tätigkeiten konzentrieren. Auf der anderen Seite benötige sie die Medikamente, weil sonst der Schmerz nicht auszuhalten sei (S. 4 Ziff. 4).

E. 3.8.1

Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Z.____, erstatteten am 25. Juni 2017 das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten (Urk. 7/ZM86). Sie stellten folgende Diagnosen (S. 54 Ziff. 6): - chronische Schmerzen bei somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei - Zustand nach unklarer Verletzung, am ehesten einer Kontusion des linken Fusses entsprechend und - fraglicher Entwicklung eines CRPS Typ I am linken Fuss, welches (falls jemals vorhanden) inzwischen restlos ausgeheilt beziehungsweise in chronische Schmerzen anderer Genese übergegangen sei - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2); differenzialdiagnostisch: mittlerweile chronifizierte Depression im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) bei - schweren, anhaltenden psychosozialen Belastungen (niedriges Einkommen, Z59; Probleme in Bezug auf den Ehepartner, Z63; Erkrankung eines Kindes, Z83)

E. 3.8.2

In somatischer Hinsicht führte Dr. J.____ aus, gemäss den anfänglichen Befunden seien keine gravierenden Folgen einer unklaren Verletzung festgestellt, im Besonderen sei konventionell-radiologisch keine erfassbare Verletzung der ossären Strukturen nachgewiesen worden. Es ergäben sich aus den Akten keine Hinweise auf eine ins Gewicht fallende Weichteilverletzung, und es müsse auch eine Bandverletzung im Bereich des OSG links ausgeschlossen werden. Es handle sich um eine banale Verletzung, nach welcher eine

Restitutio ad integrum innerhalb von kurzer Zeit, maximal innerhalb weniger Wochen, erwartet werden müsse. Statt einer vollständigen Erholung sei eine Persistenz und mit der Zeit offensichtlich eine Zunahme der Beschwerden aufgetreten, wobei Schmerzen im Mittelfuss links im Vordergrund gestanden hätten. Es sei der Verdacht auf ein CRPS des linken Fusses geäußert worden. Auch im weiteren Verlauf sei lediglich von einem Verdacht auf ein CRPS die Rede gewesen, und es sei zugleich auf fehlende, an sich pathognomonische Zeichen dieses Syndroms hingewiesen worden. In der Rückschau müsse darauf hingewiesen werden, dass lediglich in der 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie auf Befunde hingewiesen worden seien, die ausdrücklich als mit einem CRPS vereinbar beurteilt worden seien (S. 50 Mitte).

Selbst wenn bei der Beschwerdeführerin ein CRPS vorgelegen hätte, so liessen sich in der aktuellen Untersuchung keine aktuellen Zeichen dieses Syndroms nachweisen. Aktuell fehlende Zeichen seien bereits in der konsiliarischen Untersuchung vom 9. März 2015 (vgl. vorstehende E. 3.6) festgehalten worden.

E. 3.8.3

In psychiatrischer Hinsicht führte Prof. I. ___ aus, die Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Entwicklungsphase wiesen auf Faktoren hin, die die emotionale Entwicklung erheblich beeinträchtigen könnten. Zwar scheine sie die Belastungen innerhalb der Ursprungsfamilie bewältigt zu haben, indem sie sich früh von zu Hause distanziert habe. Offenbar habe sie sich entschlossen, vorerst für den Unterhalt der Familie zu sorgen, nachdem die Firma ihres Ehemannes im Jahr 2011 insolvent geworden sei, und habe im August 2011 mit der Tätigkeit in Zürich begonnen. Zugleich sei die Familie im Allgäu geblieben, weshalb nur Wochenendbesuche möglich gewesen seien.

Nachdem die Familie nach Süddeutschland gezogen sei, habe der Ehemann anscheinend aufgrund von Knieproblemen seiner angestammten Tätigkeit als Zimmermann nicht mehr nachgehen können, und es entstehe der Eindruck, dass er dadurch nicht genügend für den Unterhalt der Familie aufkommen könne und sich der Plan des Ehepaares, nach welchem die Beschwerdeführerin mit der Zeit weniger arbeiten und sich mehr um die Kinder kümmern sollen, zerschlagen habe. Die Beziehung zum Ehemann ist gemäss den aktuellen Angaben der Beschwerdeführerin inzwischen aus verschiedenen Gründen offensichtlich erheblich beeinträchtigt. Überdies seien, insbesondere nach der Einstellung der Taggeldleistungen,

massive finanzielle Probleme entstanden. Die Belastungen dürften relevant dazu beigetragen haben, dass die Beschwerdeführerin über die Zeit eine massive psychische Störung entwickelt habe. Diese entspreche aktuell einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, welche bereits seit längerer Zeit vorliegen dürfte. Zudem bestehe ein unklares Schmerzbild, welches nach einer banalen Verletzung entstanden sei. Somit seien die chronischen Schmerzen aus einer mutmasslichen physiologischen Störung und die Chronifizierung vor dem Hintergrund von belastenden psychosozialen Faktoren entstanden. Dies entspreche chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Die Faktoren, welche zur schweren psychischen Störung und letztlich zur Chronifizierung der Schmerzen geführt hätten, stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall (S. 52 f.)

E. 3.9.1

Mit im Auftrag der Invalidenversicherung erstatteten Gutachten der Neurologie A.____ AG vom 21. Oktober 2019 (Urk. 40/118) stellten Dr. med. K.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. L.____ , Facharzt für Neurologie, Dr. med. M.____ , Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie med. pract . N.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 40/118/1-12 S. 5 Ziff. 4.2.1): - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 5 Ziff. 4.2.2): - leistungsorientiert, anankastisch geprägte Persönlichkeitsakzentuierung (Z 73.1) - Verdacht auf anhaltende Gastritis mit/bei - S tatus nach HP-assoziierter G astritis; differentialdiagnostisch: im Rahmen Novaminsulfon -Überdosierung - Überdosierung von Novaminsulfon - Obstipationsproblematik mit Verdacht auf rezidivierende Hämorrhoidenblutung - Adipositas Grad I, BMI 30.47 kg/m2 - Cholezystolithiasis - lumbovertebrales bis intermittierend spondylogenes Syndrom bei/mit - Wirbelsäulenfehlstatik bei Fehlhaltung/muskulärer Dysbalance - klinisch Verdacht auf Facettensyndrom L5/S1 rechts - konstitutionelle Hypermobilität bei/mit - Beighton Score 7/9 - anamnestisch Status nach rezidivierender USG-Distorsion links - asymptomatischer Knick-Senk-Spreizfuß beidseits

E. 3.9.2

Dr. L.____ (Urk. 40/118/33-53) hielt fest, dass unter Berücksichtigung der aktenkundigen Befunde (keine fachneurologischen Berichte vorliegend) und dem Ergebnis der aktuellen neurologischen Untersuchung die etablierten Budapest-Kriterien zur Diagnose eines CRPS zu keiner Zeit erfüllt gewesen und auch aktuell nicht erfüllt seien . Insbesondere könne auf neurologischem Gebiet ein CRPS Typ 2 mit peripherer Nervenläsion ausgeschlossen werden. Die eher vage angegebenen, strumpfförmig herabgesetzte Temperatur- und Schmerz - empfindung im Bereich des linken Fusses (ohne begleitende Allodynie oder motorische Ausfälle) qualifiziere nicht für eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 unten f.)

E. 3.9.3

Dr. M.____ (Urk. 40/118/90 -128) führte aus, dass das für die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende, subjektiv befindlich sowie funktionell hochgradig einschränkende, seit einem Quetschtrauma bestehende und weitgehend therapieresistente Schmerzsyndrom im linken Fuss unter Berücksichtigung der Aktenlage, der Anamnese und den klinisch-objektiven Befunden im Rahmen der aktuellen gutachterlich-rheumatologischen Untersuchung nicht ausreichend erklärt werden könne . Die Budapest-Kriterien für ein CRPS seien aktuell nicht erfüllt. Neben dem beklagten anhaltenden, durch die Verletzung nicht mehr erklärbaren Schmerz im linken Fuss habe aktuell anamnestisch nur noch eine Schwäche im Fuss, klinisch eine reduzierte aktive Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sowie den Zehen und eine wenig ausgeprägte Druckdolenz am Mittelfuss festgestellt werden können (S. 28 Mitte) .

Anhand der Aktenlage könne aus aktueller Sicht nicht mit Sicherheit nachvollzogen werden, ob die sich im Nachgang zum Fussstrauma links entwickelte und bis heute therapieresistent persistierende Schmerzsymptomatik im linken Fuss , bei welchem bildgebend keine erhebliche und nachhaltige strukturelle Verletzung entstanden sei, einem

CRPS entsprechen habe. Die aktenkundigen diagnostischen Beurteilungen stützen sich weitgehend auf anamnestische Angaben. Objektive klinische und radiologische Befunde seien, abgesehen von einer teilweise widersprüchlichen und gemäss Literatur wenig spezifischen Skelettszinigraphie, nicht erwähnt worden (S. 30 Mitte).

E. 3.9.4

Med. pract. N.____ (Urk. 40/118/54-89) kam zum Schluss, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit vor dem Hintergrund einer sich zuspitzenden innerfamiliären Belastungssituation mit einer zunächst hohen beruflichen und familiären Beanspruchung der Beschwerdeführer in und dem Auftreten zunehmender finanzieller Probleme nach der Entwicklung einer Schmerzsymptomatik nach dem Unfallereignis zu einer psychosomatischen Reaktionsbildung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gekommen sei. Zunächst scheine die Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund der psychischen Beeinträchtigungen gestanden zu haben. Ab zirka Januar 2016 sei anamnestisch und aktenkundig eine zunehmende depressive Entwicklung, welche in einer mittelgradigen depressiven Episode von Januar bis maximal April 2016 gegipfelt habe, plausibel. Danach beschreibe die Beschwerdeführerin einen Rückgang der depressiven Symptomatik, allerdings keine Remission, so dass phasenweise (beispielsweise während der Begutachtung Mitte 2017), allerdings überwiegend wahrscheinlich eher kurzzeitig, auch eine mittelgradige bei einer damals eher noch leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik vorhanden gewesen sein könnte. Ab Anfang 2019 seien anamnestisch und aktenkundig wiederum depressive Symptome von mittelgradiger Ausprägung plausibel, welche sich im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung entsprechend objektivieren liessen.

Die psychosoziale Belastungssituation, insbesondere die innerfamiliäre Situation mit bestehender Trennungsabsicht der Beschwerdeführerin, stellen dabei für die Krankheitsentwicklung auslösende und unterhaltende Faktoren dar. Dies bedeute, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren ihre psychische Gesundheit nicht direkt beeinträchtigen, sondern über die psychische/psychosomatische Reaktionsbildung (Krankheit) zur psychischen Beeinträchtigung führten. Weiterhin bestehe prädisponierend eine anankastische leistungsorientierte Persönlichkeitsakzentuierung (S. 29 unten f.).

E. 3.10.1

Im Bericht vom 22. März 2022 (Urk. 33/3) stellte Dr. med. O.____

die Diagnose eines Knick-Senk-Spreiz-Fusses beidseits, eine Metatarsalgie links sowie einen Morbus Sudeck links. Der Fuss links weise keine Schwellung und keine Entzündungszeichen auf. Es beständen Druck- und Belastungsschmerzen im Mittel- und Vorfuss.

E. 3.10.2

Am 6. Dezember 2022 (Urk. 33/4) stellte er fest, dass ein diffuser Druckschmerz über dem gesamten Mittelfuss vorhanden und ein knötchenförmiges kleines Ganglion über der Basis des Metatarsale 1 tastbar sei. Es bestehe keine Hautveränderung, keine Schwellung. Die Beschwerdeführerin klagte über einen Druckschmerz links am OSG ohne wesentlichen Erguss.

E. 4

2

Gestützt auf die eigenen Untersuchungen und die ärztlichen Vorberichte kam Dr. J. ___ der Z. ___ (E. 3.8 . 2) zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin kein CRPS vorlag . Es sei zwar am 9. Juli (richtig: 16. September) 2013 durch die behandelnde Rheumatologin (E. 3.1 .1) der Verdacht auf ein CRPS geäussert worden, es seien aber im Erstbefund keine Zeichen festgehalten worden, die für ein CRPS hinweisend seien. So fehlten im Besondere n Hinweise auf eine Hyperalgesie/Hyperästhesie oder eine Allodynie . Zudem sei keine Asymmetrie der Hauttemperatur oder der Hautfarbe festgehalten worden . Eine Asymmetrie betreffend die Schweissekretion oder eine ödematöse Veränderung sowie e ine relevante Störung der Beweglichkeit des OSG und eine Veränderung betreffend Haar- und Nagelwachstum sei en ebenfalls nicht dokumentiert.

Was die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten der Z. ___ einwendet verfährt nicht:

Es trifft nicht zu, dass Dr. B. ___ (E. 3.1) eindeutig ein CRPS diagnostiziert e, sondern sie äusserte einmal den Verdacht auf ein CRPS (E. 3.1.1), ein andermal einen dringenden Verdacht auf ein CRPS (E. 3.1.3) und schliesslich diagnostizierte sie ein (therapieresistentes chronifizierendes) CRPS beziehungsweise einen Morbus Sudeck (E. 3.1.5). Als Befunde führte sie einmal an, dass der Fuss leicht geschwollen und eher etwas abgekühlt, jedoch keine Hyperhydrose

feststellbar sei (E. 3.1.1), um später auf die klassische Sudeck-Symptomatik hinzuweisen mit eher leicht unterkühltem Fuss, Hyperhydrose und Parästhesien bis Hyperästhesien sowie Druckintoleranz in geschlossenen Schuhen (E. 3.1.2 und E. 3.1.6), wobei die Druckdolenz des linken Mittelfusses objektiviert werden könne bei im Übrigen fehlenden feststellbaren Veränderungen der Haut oder der Weichteile des linken Fusses (E. 3.1.6) . Noch im Bericht vom 16. September 2013 (E. 3.1.1) verneinte sie eine eigentliche Gelenkschwellung und erwähnte eine ungestörte Sensibilität , Neurologie und Durchblutung , später kamen Parästhesien bis Hypästhesien dazu (E. 3.1.6) und zum Schluss erwähnte sie Dysästhesien und eine diffuse Druckdolenz über dem ganzen Mittelfuss (E. 3.1.7) . Auch Dr. C. ___

(E. 3.3) stellte vorerst lediglich einen dringenden Verdacht auf ein CRPS und erachtete die Budapester Kriterien als nur knapp erfüllt, bei fehlender Schwellung, ohne Temperaturunterschied, auch nicht für Schwitzen , i m Vergleich zu rechts stellte er eine leicht weisslich verfärbte Haut fest und er verneinte eine wesentliche Berührungsallodynie , erhob dafür eine Druckallodynie (E. 3.3.1). I m Gegensatz zu Dr. B. ___

fand er eine schmerzbedingte leichte Bewegungseinschränkung. Später führte er aus, zumindest anlässlich der Erst- und der Letztuntersuchung habe er keine eindeutigen autonomen Störungszeichen erheben können, solche würden anamnestisch aber teilweise positiv angegeben (E. 3.3.2). Angesichts dieser wechselhaften Berichterstattung durch die behandelnden Ärzte kann nicht angenommen werden, dass die Diagnose eines CRPS überwiegend wahrscheinlich zu stellen war , sondern aus ihrer Berichterstattung ist eher zu schliessen, dass auch sie erhebliche Zweifel am Vorhandensein eines CRPS hatten . Insbesondere konnten sie keine objektivierbaren Befunde nennen und stützen sie sich vielmehr auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin.

Zwar fand

Dr. G.____ (E. 3.6), dass von den Budapest Kriterien anamnestisch Symptome aus allen vier Kriterien angegeben und bei der Untersuchung drei der Kriterien vorhanden seien , weshalb formal die Diagnose eines CRPS 1 gestellt werden könne, um im nächsten Satz seine Einschätzung dahingehend zu relativieren, dass die Schmerzhaftigkeit bei der Untersuchung auf den Angaben der Versicherten beruhen und die Bewegungseinschränkung im OSG möglicherweise eine andere Ursache habe sowie die beobachtete Schwellung topographisch nicht mit dem schmerzhaften Geschehen korreliere. Indem er hinzufügte, dass sich die Algodystrophie des linken Fusses klinisch in weitgehender Remission befinde und die Situation dahingehend beurteilte, dass die objektiven klinischen Befunde und die Diagnose Algodystrophie (CRPS) die angegebenen Beschwerden und das präsentierte Störungsbild nur ungenügend erklärten , ist davon auszugehen, dass auch er im Zeitpunkt der Untersuchung ein CRPS nicht (mehr)

überwiegend wahrscheinlich diagnostizieren konnte.

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass Dr. L.____

(E. 3.9.2) festhielt, dass auf neurologischem Fachgebiet die Budapest-Kriterien zur Diagnose eines CRPS nie erfüllt gewesen seien, was mit der Feststellung von Dr. B.____

übereinstimmt , dass die Neurologie unauffällig sei (E. 3.1.1) . Dr. M.____

(E. 3.9.3) kam zum Schluss, dass die Budapest-Kriterien aktuell nicht erfüllt seien und dass anhand der Aktenlage nicht mit Sicherheit nachvollzogen werden könne, ob die sich entwickelte und bis aktuell therapiereisistente persistierende Schmerzsymptomatik im linken Fuss einem CRPS entspreche , da sich die aktenkundigen diagnostischen Beurteilungen weitgehend auf anamnestische Angaben stützten , wobei objektive klinische und radiologische Befunde, abgesehen von einer Skellettszintigraphie , nicht erwähnt worden seien.

E. 4.1

Es gilt zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das Vorliegen von objektivierbaren organischen Unfallfolgen , im Besonderen das Vorliegen eines CRPS im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Juni 2014 zu Recht verneint hat.

E. 4.1.1

Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge - als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung - wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7.

August 2008 E.

8.2 mit Hinweis auf BGE 127

V

102 E.

5b/ bb). Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung

von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_736/2009 vom 20.

Januar 2010 E.

3.2). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138

V

248 E.

5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2016 vom 7.

Juni 2016 E.

3.2.2). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129

V

177 E.

3.1).

E. 4.3

Daran ändert die Tatsache nichts, dass das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 16. Juni 2022 (Urk. 33/1), mit welchem über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung zu befinden war, zum Schluss gelangte, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass sich aus der Fussverletzung infolge des Unfalls vom 6. Juni 2013 ein CRPS mit einer entsprechenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entwickelt habe (E. 6.9). Dies, obwohl die Experten in den von der Beschwerdegegnerin und der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten der Z. ___ und der Neurologie A. ___ AG zu einem anderen Schluss gekommen sind und ohne zu begründen, weshalb auf die beiden Administrativgutachten bezüglich Diagnosestellung nicht abgestellt werden kann. Ob es Aufgabe eines Gerichts ist, aus verschiedenen Berichten behandelnder Ärzte und den anamnestischen Angaben der Versicherten selber zu entscheiden, ob die Voraussetzungen für die Diagnose eines CRPS erfüllt sind, kann dahingestellt bleiben. Für die Beantwortung der Frage, ob bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung ein e organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorlag, sind die Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts jedenfalls nicht von Bedeutung, kann doch zum einen dem Urteil bezüglich Zeitpunkt der Leistungseinstellung nichts entnommen werden und entfaltet zum anderen die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallver - sicherer rechtsprechungsgemäss keine Bindungswirkung (BGE 131 V 362). Dies hat vorliegend umso mehr zu gelten, als es primär nicht um die Auswirkung der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit, sondern um die Beantwortung der Frage, ob die Beschwerden unfallkausal sind, geht, welche Frage im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren nicht beantwortet werden muss.

E. 4.4

Zusammenfassend ergeben sich aufgrund der aufgezeigten medizinischen Aktenlage keine Zweifel an den Einschätzungen der Z.____-Gutachter (E. 3.8) , wonach die Entwicklung eines CRPS i m Anschluss an den Unfall fraglich respektive nicht überwiegend wahrscheinlich ist, und falls es jemals vorhanden gewesen sein sollte , restlos ausgeheilt beziehungsweise in chronische Schmerzen anderer Genese übergegangen ist. Ob diese Schmerzen, wie von Dr. G.____ ins Feld geführt (vgl. vorstehende E. 3.6) , natürlich kausal zum Unfall sind, kann, wie im F olgenden zu zeigen sein wird, offen bleiben (vgl. nachstehende E. 5).

E. 4.5

Aktenkundig sind psychosoziale Belastungsfaktoren, selbst wenn diese von der Beschwerdeführerin in Abrede gestellt worden sind. Wohl ist es grundsätzlich unerheblich, dass sich die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann dazu entschlossen hatten, dass sie für den finanziellen Unterhalt der Familie und der Ehemann für die (unbezahlte) Hausarbeit zuständig sein wollten, allerdings kann der Befragung durch Prof. I.____ (E. 3.8.3) entnommen werden, dass sich die Beschwerdeführerin nur ungenügend durch ihren Ehemann unterstützt sah, indem sie nebst der vollen Erwerbsarbeit am Abend jeweils auch für den Haushalt zu sorgen hatte und sie vor allem die ältere Tochter durch den Ehemann nicht adäquat betreut gesehen hatte. Nach dem Unfall hatte sie das Gefühl, sich nicht ihrer Genesung widmen zu können, hatte keine Zeit den Fuss hochzulagern , dies obwohl sie nicht für die Hausarbeit zuständig war und von der Erwerbsarbeit befreit war. Wie Dipl. Psych. E.____ (E. 3.4) berichtete, fühlte sich die Beschwerdeführerin durch ihre Doppelrolle schon vor de r

Ankündigung der Beschwerdegegnerin, dass sie die Taggelder zu reduzieren und später einzustellen gedenke, stark belastet . Vor diesem Hintergrund kam Prof. I.____ zum Schluss, dass die psychosozialen Faktoren zur schweren psychischen Störung und letztlich zur Chronifizierung der Schmerzen geführt hätten. Diese Einschätzung wird gestützt durch med. pract . N.____ (E. 3.9), der die psychosoziale Belastungs - situation, insbesondere die innerfamiliäre Situation , als für die Krankheits - entwicklung auslösende und unterhaltende Faktoren erachtete. Damit führten die psychosozialen Faktoren zur psychischen Erkrankung und wird die Krankheit durch diese unterhalten. Ob zwischen dem Unfall vom 6. Juni 2013 und der psychischen Erkrankung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, kann indessen offen bleiben (vgl. nachstehende E. 5) .

E. 5.1

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 Eingliederungs - massnahmen 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, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 5.2

Bereits am 8. April 2014 berichtete Dr. B.____ (E. 3.1.5), dass trotz Anwendung sämtlicher möglicher Therapiemethoden keine Heilungs- beziehungsweise Besserungstendenz zu sehen sei und die Schmerzen sich zunehmend chronifizierten. Dr. C.____ schlug am 24. April 2014 (E. 3.3.2) keine weiteren Massnahmen vor, schmerztherapeutisch könnte allenfalls eine intravenöse Analgetikainfusion versucht werden. Eine solche wurde in der Folge ohne wesentliche Besserung durchgeführt (Urk. 7/ZM39). Am 18. Dezember 2014 schlug Dr. C.____ als letzte Möglichkeit eine epidurale Neurostimulation mit vorheriger Austestung vor, wobei er den Erfolg als schwer einschätzbar einstufte (Urk. 7/ZM42), und welche nach Lage der Akten nie angewandt wurde. Im Gutachten vom 9. März 2015 (E. 3.6) hielt Dr. G.____ schliesslich fest, der klinische Zustand des linken Fusses scheine seit längerem zu stagnieren und empfahl unter Hinweis auf die gravierenden psychosozialen Faktoren die Analgesie und das Lyrica zu reduzieren.

Angesichts dessen, dass Dr. B.____ bereits im April 2014 sämtliche Therapiemethoden als ausgeschöpft erachtet hatte, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 5. Juli 2014 abgeschlossen hat.

E. 6

Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nachweislich nicht vor und wird zu Recht auch nicht geltend gemacht.

E. 6.1

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende

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

E. 6.2

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

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch

bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 6.3

Da die Beschwerdeführerin weder ein Schleudertrauma noch eine äquivalente Verletzung der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, hat die Adäquanzprüfung vorliegend nach der sogenannten «Psychopraxis» (BGE 115 V 133 E. 6c/ aa) zu erfolgen. Die Beschwerdegegnerin stuft den erlittenen Unfall der Beschwerdeführerin , welche beim Einsteigen in ein Tram den linken Fuss zwischen Randstein und Einstiegsplattform eingeklemmt hat, als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ein . Die s ist angesichts der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach etwa das Einklemmen der Hand in einer Walze, mit massivem Quetschtrauma mit Defektrupturen der Beugesehen dreier Finger sowie einer Fraktur des fünften Fingers als Folge, vom Schweregrad her ebenfalls im genannten Bereich einzuordnen ist (Urteil des Bundesgerichts U300/03 vom 30. November 2004), nicht zu beanstanden . Damit müssen vier der massgeblichen Kriterien oder eines der Kriterien ausgeprägt erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

E. 6.4

5

Betreffend schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen genügen Physiotherapie und medikamentöse Schmerzbekämpfung nicht zur Bejahung des Kriteriums (Urteil des Bundesgerichts 8C_860/2015 vom 30. Juni 2016 E. 4.4).

E. 6.4.1

B esonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind aus den gegenüber den Ärzten abgegeben en Schilderungen der Beschwerdeführer in über den Unfallhergang nicht zu erblicken. Es ist nicht aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin den Fuss nur mit Mühe wieder befreien konnte oder ihr Passanten oder andere Fahrgäste dabei helfen mussten. Das s sie Angst gehabt hätte , den Fuss nicht mehr befreien zu können, oder dass sich die Platte noch weiter absenken könnte, hat sie gegenüber den Ärzten nie erwähnt .

Ohnehin ist f ür die Beurteilung der Eindrücklichkeit des Unfalls

das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin nicht ausschlaggebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_392/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2) .

E. 6.4.2

Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen.

Die Beschwerdeführerin hat kaum objektivierbare Schädigungen erlitten, eine ossäre Läsion konnte bildgebend ausgeschlossen werden und e in CRPS hat sich überwiegend wahrscheinlich nicht entwickelt (vgl. vorstehende E. 4.4). Damit fehlt es am Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der Verletzung.

E. 6.4.3

Bei der Prüfung der Adäquanzkriterien sind die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen. Dies gilt auch für das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6). Eine organische Ursache der Beschwerden ist nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen (vgl. vorstehende E. 4.4), weshalb dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

E. 6.4.4

Organisch nachgewiesene Unfallfolgen bestehen keine. Die als körperlich imponierenden, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei der Prüfung der Adäquanz nicht in die Beurteilung einzubeziehen. Das Kriterium der körperlichen Schmerzen ist daher nicht erfüllt (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6).

E. 6.4.7

Ebenfalls nicht gegeben ist das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, gründete doch die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht auf einer objektivierbaren physischen Grundlage (vgl. vorstehende E. 4.4).

E. 6.5

Zusammenfassend ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt. Fehlt es bereits an der wesentlichen Leistungsvoraussetzung der Kausalität, erübrigt sich auch ein strukturiertes Beweisverfahren. Die Leistungseinstellung per 5. Juni 2014 ist nicht zu beanstanden , was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7.1

Der unentgeltliche Rechtsvertreter machte mit Honorarnote vom 16. Oktober 2018 (Urk. 18) einen Aufwand von 13.92 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 392.30 geltend , was angemessen erscheint. Allerdings wurden später durch das Gericht weitere Verfahrensschritte angeordnet, welche durchaus mit einem Aufwand des Rechtsvertreters verbunden waren. Diesen Zusatzaufwand stellte der unentgeltliche Rechtsvertreter trotz Aufforderung (vgl. Urk. 38 Dispositiv-Ziff. 3) nicht in Rechnung. Unter Berücksichtigung der Honorarnote und des Zusatzaufwandes und unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220. zuzüglich MWST, ist der unentgeltliche Rechtsvertreter

(ermessens - weise) mit Fr. 4'700.

(inklusive MWS T und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 7.2

Die Beschwerdeführerin ist auf §

16 Abs.

4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Advokat Dr. Matthias Schnyder, Basel, wird mit Fr. 4'700.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokat Dr. Matthias Schnyder - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit

sowie an: - Gerichtskasse 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Tiefenbacher

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