

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00297 vom 6. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00297

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00297 du 6 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00297 del 6 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1960 geborene X.____

ist seit dem 1. April 1990 beim Y.____ als Pflegehelferin angestellt und dadurch bei der Visana Versicherungen AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 18. März 2016 übersah sie gemäss Schadenmeldung vom 23. März 2016 die letzte Stufe auf einer Treppe, fiel heftig zu Boden und verdrehte sich dabei den rechten Fuss (Urk. 10/1). Anlässlich der gleichentags erfolgten Vorstellung auf dem Notfall des Z.____ wurden am rechten Fuss eine nicht dislozierte Os MT- V-Basisfraktur sowie eine OSG- Distorsion festgestellt (Urk. 10/4 f.). Am 25. April 2016 brachte eine MR-Untersuchung ein Bone

Bruise des anterioren Talus, mit möglicher Absprengung einer kleinen Knochenschuppe und Ruptur des Ligamentum talonaviculare , sowie ein Bone

Bruise im anterioren

Calcaneus

und im Os cuboideum zur Darstellung. Zudem wurde im Os cuboideum eine mediale, spongiöse Fraktur für möglich erklärt (Urk. 10/10) .

Dr. med. A.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte daraufhin eine Chopart -Distorsion im rechten Fuss (Urk. 10/11 f.). Im weiteren Verlauf fanden verschiedene Untersuchungen und Behandlungen bei med .

pract .

B.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin ,

Prof. Dr. med.

C.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Angiologie , und Dr. med.

D.____ , Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation (anfänglich in der

E.____ , später bei F.____) ,

statt, anlässlich welcher der Verdacht auf beziehungsweise ein CRPS festgestellt wurde (Urk. 10/15 f., 10/21 ff. , 10/177 f.). Die Visana Versicherungen AG erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 13. März 2017 stellte sie diese gestützt auf verschiedene Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. med.

G.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie (Urk. 10/47, 10/64 f., 10/82 f.) ,

per 30. September 2016 (Taggelderleistungen) beziehungsweise

per 30. November 2016 (Heilungskosten) ein, da der Endzustand erreicht sei (Urk. 10/108 ff.).

Die dagegen erhobene Einsprache vom 28. April 2017 (Urk. 10/129 ff.) wies sie mit Entscheid vom 9. November 2018 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 18. März 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art.

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

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

E. 1.5

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.6

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).

E. 1.7

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

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin aller dings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. März 2016 über das Datum der Leistungseinstellung per 30. September 2016 (Taggelderleistungen) beziehungsweise per 30. November 2016 (Heilungskosten) hinaus eine Leistungspflicht trifft.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 12. Dezember 2018 Beschwerde mit dem Antrag, es seien ihr über den 30. September beziehungsweise 30. November 2016 hinaus Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei ein neutrales Gutachten zur Frage der Unfallkausalität zu veranlassen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 schloss die Visana Versicherungen AG

auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Am 3. Juli 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine Replik ein (Urk. 17). Die Beschwerdegegnerin erstattete am 3. September 2019 ihre Duplik (Urk. 20), wovon die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. September 2019 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 9. November 2018 (Urk. 2) im Wesentlichen damit,

dass zwischen dem geltend gemachten CRPS und dem Ereignis vom 18. März 2016 kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Gestützt auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. G.____ führte sie aus, dass die Versicherte am 18. März 2016 ein distorsionelles Trauma des Rückfusses erlitten

habe. Dabei sei in erster Linie das Chopart-Gelenk betroffen gewesen. Unter entsprechender Ruhigstellung hätten sich die anfänglich bestehende Schwellung und das Hämatom zurückgebildet und sich während mehreren Wochen keine objektivierbaren morphologischen Auffälligkeiten mehr gezeigt. Folglich sei in dieser Zeit trotz regelmässiger Kontrollen auch nie der Verdacht auf die Entwicklung eines CRPS geäussert

worden . Zu einer Veränderung der Trophik (verminderte Hauttemperatur an rechtem Unterschenkel und Fuss) sei es erst etwa 11 Wochen nach dem Trauma gekommen . Da sich ein traumaassoziiertes CRPS aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung typischerweise innert sechs bis acht Wochen nach einem stattgehabten Ereignis entwickle, sei vorliegend ein kausaler Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 18. März 2016 auszuschliessen.

Hinsichtlich des Zeitpunkts des Fallabschlusses stellte die Beschwerdegegnerin des Weiteren fest , dass sich gemäss der Beurteilung von Dr. G.____ in der MRT vom 15. August 2016 ein weitestgehend normalisierter Befund gezeigt habe, so dass mit diesen Aufnahmen ein morphologisch Status quo sine belegt werden könne. Dies entspreche aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung auch einem typischen Verlauf nach der stattgehabten Chopart -Distorsion ohne höhergradige strukturelle Verletzungen .

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), dass im vorliegenden Fall rechtsprechungsgemäss von einem unfallbedingtem CRPS auszugehen sei, für welches die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig sei. Das Bundesgericht halte in seiner Rechtsprechung fest, dass für die Annahme eines unfallbedingten CRPS nicht der zeitliche Verlauf bis zur Diagnosestellung entscheidend sei, sondern allein, ob anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden könne, 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. Dies sei vorliegend der Fall. Bereits der initiale Verlauf nach dem Unfall sei kompliziert und mit zunehmenden Schmerzen verbunden gewesen. Die Erstbehandler im Z.____ hätten verschiedene Schienen ausprobiert und die Schmerzen, die langdauernde Schwellung und die Veränderungen der Hautfarbe und –temperatur sowie die muskulären Dystonien als Nebenfolgen des Tragens dieser Schienen interpretiert. Trotz all dieser Symptome sei ein mögliches CRPS gar nie in Erwägung gezogen worden. Auch der Orthopäde Dr. A.____ habe die Anzeichen für ein CRPS nicht richtig gedeutet, obwohl er auf die Beschwerdepersistenz hingewiesen und eine konsequentere Behandlung als bei einer normalen OSG-Distorsion empfohlen habe. Gemäss Dr. D.____ werde gerade die Diagnose eines CRPS häufig verpasst beziehungsweise nicht rechtzeitig erkannt. Aus den medizinischen Akten, den bildgebenden Untersuchungen und auch aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin über den Beschwerdeverlauf sowie aus der Anamnese-Erhebung von Dr. D.____ ergebe sich, dass sämtliche klinischen Anzeichen (protrahierte, im Verlauf zunehmende Schmerzen, initial langdauernde Schwellung, Veränderung von Hautfarbe und –temperatur , muskuläre Dystonien, ausge dehntes fleckenförmiges Knochenmarks ödem in der Bildgebung), die alle den sogenannten Budapest-Kriterien zur Diagnosestellung eines CRPS entsprechen, schon innert kurzer Zeit nach dem Unfall ereignis vorgelegen hätten . Da das CRPS nach wie vor behandlungsbedürftig sei und die Arbeitsfähigkeit weiterhin beeinträchtigt, sei ein status quo sine gerade noch nicht erreicht. Von der weiteren Behandlung sei durchaus noch eine Verbesserung zu erwarten, erachte die Rheumatologin Dr. D.____ die Prognose doch trotz des mittlerweile mehrjährigen Verlaufs immer noch als günstig.

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 (Urk. 9)

reichte die Beschwerdegegnerin

mit den Verfahrensakten auch die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, vom 20. Februar 2019 (Urk. 10/203) ein. Gestützt auf diese führte sie aus, dass in den ersten 9,5 Wochen nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Symptom gemäss den Budapest-Kriterien aufgetreten sei. Ein isolierter Bone

Bruise im MRT vom 25. April 2016 sei ohne entsprechende Klinik nicht diagnostisch wegweisend für ein CRPS.

Bereits Dr. G.____ habe zuvor fest gehalten, dass gemäss den echtzeitlichen medizinischen Berichten keine Symptome, auch ohne Nennung eines CRPS, innert sechs bis acht Wochen nach dem Unfallereignis vorgelegen hätten. Die erlittene Verletzung des Chopart-Gelenks erkläre auch die Knochenmarksveränderungen in der MRT vollumfänglich. 3. 3.1

Der die Beschwerdegegnerin beratende Dr. G.____ nahm am 14. August 2018

- nach verschiedenen zuvor erfolgten Stellungnahmen

- folgende Beurteilung vor (Urk. 10/181 ff.):

Anlässlich der Behandlung im Z.____ habe sich bei der initialen Konsultation am 18. März 2016 eine Schwellung lateral am Rückfuss mit einer Druckdolenz daselbst gezeigt, wie dies für ein stattgehabtes Inversionstrauma typisch sei. Gleiches gelte auch für die persistierende Schwellung über dem lateralen Malleolus und das Senkungshämatom über dem lateralen Fussrand bei der Untersuchung vom 23. März 2016. Auch dies entspreche einem typischen Verlauf nach den erlittenen Verletzungen. Bei einer ausserplanmässigen Kontrolle am 1. April 2016 habe die Versicherte eine Schmerzexazerbation beklagt und klinisch habe sich das Hämatom über dem lateralen

Fussrand und eine bimalleolare

Druckdolenz

gezeigt, was zu einer Anpassung der Schmerzmedikation geführt habe. Eine weitere ausserplanmässige Untersuchung am 13. April 2016 habe den klinischen Verdacht auf eine Unterschenkel-Venenthrombose ergeben, die sich duplexsonographisch aber habe ausschliessen lassen. Am 15. April 2016 habe sich die Versicherte - wie bereits erstmals am 29. März 2016 - an ihren Hausarzt Dr.

B.____ gewandt und

enorme Schmerzen beklagt sowie ihre Unzufriedenheit mit den Behandlungen im Z.____ kundgetan. Dr. B.____ habe die Überweisung an Dr. A.____ veranlasst. Dieser habe am 20. April 2016 eine erste Untersuchung durchgeführt und relativ unauffällige Weichteilverhältnisse beschrieben sowie das Fehlen einer wesentlichen Schwellung und sichtbarer Hämatome fest gehalten. Aufgrund verschiedener Druckdolenzen vor allem lateral am Rückfuss und in Anbetracht der Befunde auf den von der Versicherten mitgebrachten Röntgenbildern habe Dr. A.____ eine Chopart-Fraktur in Betracht gezogen und eine MRT des Rückfusses veranlasst. Diese sei am 25. April 2016 durchgeführt worden und habe den Verdacht auf eine stattgehabte Chopart-Distorsion bei einem intakten lateralen Bandapparat mit möglicher Partialläsion und intakten Peronealsehnen bestätigt. Es sei eine weitere konsequente Ruhigstellung im Vacoped mit Teilbelastung und Thrombosepro

phylaxe sowie eine Kontrolle nach vier Wochen

vereinbart worden. Diese habe am 23. Mai 2016 stattgefunden und Dr. A. ___ habe einen günstigen Verlauf mit folgendem Befund festgehalten: nur noch leichte ödematöse Schwellung am antero-lateralen OSG, ansonsten unauffällige Hautverhältnisse, keine Rötung und Schwellung, minimale Druckdolenz am dorsalen Talushals sowie lateral des Os cuboideum; OSG mit Dorsal-

und Plantarflexion ohne Schmerzangabe 10-0-30°, Bänder lateral und medial stabil und ohne Schmerzangaben. Es sei ein Weglassen der Vacoped-Orthese und das Tragen eigener Schuhe sowie ein kontinuierlicher Belastungs aufbau vereinbart worden. Am 10. Juni 2016 habe sich die Versicherte anlässlich einer weiteren Konsultation bei Dr. B. ___ zusätzlich über einen kalten Fuss beklagt. Dr. B. ___ habe offenbar die Fusspulse nur marginal palpieren können, eine im Vergleich zur Gegenseite erniedrigte Hauttemperatur festgestellt und die Versicherte bei Verdacht auf ein vaskuläres Geschehen an Prof. C. ___ überwiesen. Dieser habe am 14. Juni 2016 eine klinische Untersuchung durchgeführt, dabei die erniedrigte Hauttemperatur an Fuss und Unterschenkel rechts festgestellt, aber das Vorliegen von peripheren Ödemen und somit einer Schwellung verneint. Eine Oszillographie habe wieder um normale Pulskurven an Unterschenkel und Grosszehen beidseits gezeigt, so

dass eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ausgeschlossen worden sei. Hingegen habe Prof. C. ___ das Vorliegen eines CRPS postuliert. Er sei somit am 14. Juni 2016 der erste gewesen, der diese Diagnose in Betracht gezogen habe. Diese Diagnose habe dann auch Dr. A. ___ anlässlich einer weiteren Konsultation am 4. Juli 2016 festgehalten, bei welcher er zwar nach wie vor keine wesentliche Schwellung im Bereich der Sprunggelenke und des Fusses habe feststellen können, hingegen livide Hautverhältnisse und diffuse Druckdolenz am Rückfuss.

Zusammenfassend konstatierte Dr. G. ___ , dass die Versicherte am 18. März 2016 ein distorsionelles Trauma des Rückfusses erlitten habe, bei dem in erster Linie das Chopart-Gelenk betroffen gewesen sei. Es sei eine Ruhigstellung erfolgt, worunter sich die anfänglich bestehende Schwellung und das Hämatom zurückgebildet und sich anschliessend während mehrerer Wochen keine objektivierbaren morphologischen Auffälligkeiten mehr gezeigt hätten. Entsprechend sei in dieser Zeit trotz regelmässiger klinischer und bildgebender Kontrollen auch nie der Verdacht auf die Entwicklung eines CRPS geäussert worden, da hierfür schlichtweg keine konkreten Anhaltspunkte bestanden hätten. Zu einer Veränderung der Trophik

im Sinne einer «zusätzlich» verminderten Hauttemperatur am rechten Unterschenkel und Fuss sei es erst in der ersten Junidekade 2016 gekommen, somit etwa 11 Wochen nach dem Trauma. Dies sei in der Folge als CRPS klassiert worden und es seien entsprechende Behandlungsmassnahmen erfolgt. Ein kausaler Zusammenhang dieser Problematik mit dem initialen Ereignis könne aber aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung ausgeschlossen werden, da sich ein traumaassoziiertes CRPS typischerweise innert sechs bis acht Wochen nach einem stattgehabten Ereignis oder einer Operation entwickle. 3.2

Am 25. September 2018 ergänzte Dr. G. ___ seine Stellungnahme in Bezug auf den Zeitpunkt des medizinischen Endzustandes (Urk. 10/183). Er führte hierzu aus, dass sich im MRT vom 15. August 2016 ein weitestgehend normalisierter Befund gezeigt habe, indem insbesondere die in den Aufnahmen vom 25. April 2016 noch bestehenden

Veränderungen des Knochenmarks weitestgehend verschwunden gewesen seien. Auch sonst hätten sich keine Hinweise mehr auf relevante Residuen des stattgehabten Traumas ergeben, so dass mit diesen Aufnahmen ein morphologischer status quo sine habe belegt werden können. Dies entspreche aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung auch einem typischen Verlauf nach der stattgehabten Chopart -Distorsion ohne höhergradige strukturelle Verletzungen, bei welcher innert vier bis sechs Monaten mit einer folgenlosen Abheilung gerechnet werden dürfe. 3.3

Schliesslich nahm Dr. H.____

am 22. Februar 2019 eine versicherungsmedizinische Beurteilung in Bezug auf den Kausalzusammenhang vor (Urk. 10/203). Er schilderte, dass in den verschiedenen Arztberichten bis 9,5 Wochen nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Symptom gemäss den Budapest-Kriterien bezüglich eines stattgehabten CRPS ersichtlich sei. Ein isolierter Bone

Bruise im persönlich eingesehenen MRT vom 25. April 2016 sei gemäss den Budapest-Kriterien nicht diagnostisch wegweisend, sondern lediglich zu einer passenden Klinik als Unterstützung zu deuten. 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2018 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen des

sie beratenden Arztes Dr. G.____

(E. 3.1 und 3.2). Mit der Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 (Urk.

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).

E. 9

) reichte sie zusätzlich eine Beurteilung von Dr. H.____ ein (E. 3.3). In dieser versicherungsmedizinischen Einschätzung erfolgte eine eingehende Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich der Diagnose eines CRPS. Die beiden Ärzte stellten auf die sogenannten Budapest-Kriterien ab und hielten es dafür, dass in den ersten sechs bis acht Wochen nach dem Unfallereignis vom 18. März 2016

keine die Diagnose eines CRPS begründenden Befunde dokumentiert worden seien. Dabei nahm Dr. G.____ ausführlich zu den sich in den Akten befindenden ärztlichen Berichten Stellung und begründete plausibel, dass es erst anfangs Juni 2016 und damit erst

E. 11

Wochen nach dem Trauma zu einer Veränderung der Trophik im Sinne einer zusätzlich verminderten Hauttemperatur am

rechten

Unterschenkel und Fuss gekommen sei

(Urk. 10/181 f.).

Diese Einschätzungen sind nachvollziehbar und überzeugen und stimmen mit der medizinischen Aktenlage überein. Die in den ersten Wochen im Z. ___ und von Dr. A. ___

(Urk. 10/4 f., 10/8 f., 10/11 f f.) festgestellten Befunde können bei einem CRPS zwar eben falls auftreten. Sie weisen aber insgesamt – wie Dr. G. ___ schlüssig darlegte (Urk. 10/181 f.) – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 f.) nicht auf die Diagnose eines CRPS hin, zumal sowohl die

Schwellung mit Druckdolenz

lateral am Rückfuss

als auch die persistierende Schwellung über dem lateralen Malleolus und das Senkungshämatom über dem lateralen Fussrand

einem typischen Verlauf nach den erlittenen Verletzungen entsprechen (Urk. 10/181 f.). Selbstredend gilt dies auch für die beklagten Schmerzen. Bereits am 20. und 25. April 20

E. 16

stellte Dr. A. ___

sodann wieder relativ unauffällige Weichteilverhältnisse sowie das Fehlen einer wesentlichen Schwellung oder sichtbarer Hämatome fest (Urk. 10/8). Am 25. Mai 2016 berichtete er schliesslich über eine nur noch leichte ödematöse Schwellung am antero-lateralen OSG und ansonsten unauffällige Hautverhältnisse, ohne Rötung und Schwellung, sowie

eine minimale Druckdolenz am dorsalen Talushals sowie lateral des Os cuboideum. Er bezeichnete die Prognose denn auch als günstig (Urk. 10/13 f.).

Bei den Beurteilungen von Dr. G. ___ und Dr. H. ___ schadet nicht, dass diese die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht haben, da auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommt, sofern – wie im konkreten Fall – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 4.2

Soweit die Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf ihr Schreiben vom 7. Januar 2017 ausführte, dass schon kurz nach dem Unfall seltsame atypische Veränderungen aufgetreten seien (zunehmende Schwellung, farbliche Veränderungen, Kältegefühl, wachsartige Haut, starke Schmerzen) und auch Dr. D. ___

in ihrem Bericht vom 21. Juni 2016 erwähnt habe, dass gemäss der Patientin seit längerem ein Kältegefühl im rechten Fuss und Knöchel sowie eine livide Farbveränderung persistiert hätten

und initial zeitweise Dystonien aufgetreten seien (Urk.

E. 17

S. 2 f.), ist nicht erkennbar, unterscheidet dieser doch deutlich zwischen allfälligen Anzeichen für ein CRPS in der hier massgebenden Anfangsphase (vgl. nachfolgend) und

solchen in einem späteren Zeitpunkt (vgl. auch Urk. 10/64 f. , 10/82 f. , 10/181 f.) . 4.3

Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen (Urteile 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.1; 8C_177/2016 vom 22. Juni 2016 E. 4.3). Entscheidend 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 (Urteile 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2; 8C_411/2017 vom 17. Juli 2018 E. 3.3.1; 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5; 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69). Dass dies nicht der Fall ist, haben Dr. G.____ und Dr. H.____

unter Bezugnahme auf die ärztlichen Berichte in der Aktenlage schlüssig dokumentiert. Folglich kann die im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 9. November 2018 als CRPS bezeichnete Beschwerdesymptomatik nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18. März 2016 zurückgeführt werden. 4.4

Zu beurteilen sind daher nur die Auswirkungen der als Folge des Unfalls vom 18. März 2016 erlittenen

Chopart-Distorsion ohne höhergradige strukturelle Verletzungen.

Gemäss der Einschätzung von Dr. G.____ vom 25.

September 2018

ist bei einer derartigen Verletzung mit einer folgenlosen Abheilung innerhalb von bis sechs Monaten zu rechnen, was sich mit dem MRT vom 15. August 2016 – welches einen weitgehend normalisierten Befund zeigte – auch bestätigte (Urk. 10/183). Es bestand folglich keine Behandlungsbedürftigkeit mehr – wobei Behandlungsoptionen in Bezug auf ein allfälliges, unfallfremdes CRPS wie erwähnt nicht berücksichtigt werden können – und die Arbeitsfähigkeit war wieder vollständig hergestellt (vgl. auch Stellungnahme von Dr. G.____ vom 29. November 2016, Urk. 10/82 f.). Damit ist der Fallabschluss per 30. September beziehungsweise 30. November 2016 nicht zu bemängeln (E. 1.4).

4.5

Zusammenfassend hat die Beschwerdeführerin zu Recht auf die versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen abgestellt und die Unfallkausalität für das bei der Beschwerdeführerin in allenfalls bestehende CRPS verneint. Ferner ist nicht zu beanstanden, dass sie die Taggeldleistungen und Heilungskosten per 30. September beziehungsweise 30. November 2016 eingestellt und keine weiterführenden Leistungen zugesprochen hat. Für weitere medizinische Abklärungen besteht kein Anlass, zumal davon keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). 4.6

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. November 2018 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Visana
Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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