

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00036 vom 2. Januar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00036](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00036)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00036 du 2 janvier 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00036 del 2 gennaio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7/304) wies sie mit Entscheid vom  
2. Januar 2019 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 20. August 2014 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 Lebens erfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Er folges 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 Unfallfol gen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kau salzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.7**

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die ver sicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Ein gliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 1.8**

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 Zusam menhänge 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 Unpartei lichkeit 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 Beschwerdege gnerin im Zusammenhang mit dem Unfalle reignis vom 20. August 2014 über das Datum der Leistungseinstel lung per 1. Oktober 2017

hinaus eine Leistungspflicht trifft (Taggelder, Heilungs kosten, Rente). Nicht im Streit steht hingegen der Anspruch auf Integritätsent schädigung, über welchen mit Verfügung vom 14. Juli 2017 ( Urk. 17/266) bereits rechtskräftig entschieden worden ist.

## **E. 2**

6. September 2019 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 29). Mit Eingabe vom 4. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, vom 29. September 2019 nach

( Urk. 30 und 31). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid

vom 2. Januar 2019 ( Urk. 2) damit, dass beim Versicherten gemäss der kreis ärztlichen Stellung nahme von Dr. C.\_\_\_\_ als Folge des Unfalles vom 20. August 2014 eine Pseudarthrose

des Os cuneiforme mediale dextrum

nach Fraktur mit

ausgeweitetem Schmerzsyndrom im rechten Unterschenkel und Fuss vorliege. Aufgrund der sehr starken Symptomausweitung sei davon auszugehen, dass zwar unfallbedingte Beschwerden bestünden, die vom Versicherten geklagte Intensität der Beschwerden sich aber nicht erklären lasse. Deshalb sei anzunehmen, dass auch die Arthrolyse, deren einziges Ziel die Schmerzreduktion sei, zu keiner namhaften Besserung der Beschwerden oder der Arbeitsfähigkeit führen werde. Zudem habe der Versicherte die Arthrolyse bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheid es offenbar nicht durchgeführt, weshalb die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 1. Oktober 2017 zu Recht erfolgt sei. Des Weiteren sei der Unfall vom 20. August 2014 als leicht einzustufen und damit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den subjektiven beziehungsweise psychischen Beschwerden des Versicherten zu verneinen. Dem Versicherten seien gemäss kreisärztlicher Einschätzung sodann ganztags leichte bis mittelschwere vorwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar. Der rechte Fuss dürfe dabei weder Schlägen noch Vibrationen ausgesetzt werden und kraftvolle Einsätze des rechten Fusses seien zu vermeiden. Das Invalideneinkommen sei schliesslich mittels Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) korrekt ermittelt und der Anspruch auf eine Rente aufgrund eines IV-Grades von 0.25 % zu Recht verneint worden.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend ( Urk. 1), dass die Ansicht des Suva-Kreisarztes, wonach eine ausgeprägte Symptomausweitung vorliege, nicht zutreffe. Vielmehr seien die geforderten Budapest- Kriterien für die Diagnose eines CRPS I formal erfüllt. Differentialdiagnostisch

sei hinsichtlich der motorischen Dysfunktion zwar auch an posttraumatische Veränderungen zu denken (Posttraumatische TMT-/MTP I-Arthrose rechts). Diese könnten das Beschwerdebild partiell erklären, allerdings nicht plausibel umfassend (Alterationen von Hautfarbe und –temperatur, Ödeme). Das Vorliegen eines CRPS I sei deshalb als wahrscheinlich zu betonen. Zudem halte Dr. B.\_\_\_\_ fest, dass therapeutisch durchaus noch Optionen bestünden, um das Beschwerdebild zu bessern, wie beispielsweise repetitive Sympathikusblockaden oder die Implantation eines Neurostimulationssystems. Seitens der behandelnden Ärzte werde der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt. Der Kreisarzt habe die diversen Arztberichte nicht gewürdigt

und den Versicherten nie gesehen. Eine Untersuchung hätte systematisch unter Berücksichtigung der Budapest-Kriterien erfolgen müssen. Die Suva hätte aufgrund der begründeten Zweifel eine verwaltungsexterne Begutachtung anordnen müssen. Zudem gehe die Beurteilung der Suva, diesen Fall entsprechend den Adäquanzkriterien für psychische Unfallfolgen zu beurteilen, fehl. Die Beschwerden seien objektiviert nachgewiesen. Das CRPS führe sodann dazu, dass das Zumutbarkeitsprofil überholt sei. Schmerzbedingt seien dem Beschwerdeführer keine ganztägigen leichten bis mittelschweren, vorwiegend sitzenden Tätigkeiten mehr möglich. Wie hoch die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit genau sei, müsste in einem Gutachten geklärt werden. Es liege auf der Hand, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, die DAP-Profile zu erfüllen.

### **E. 2.3**

Mit der Beschwerdeantwort

vom 29. April 2019 (Urk. 16)

reichte die Beschwerdeführerin die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von PD Dr. A. \_\_\_ vom 11. April 2019 (Urk. 18) ein. Gestützt darauf führte sie aus, dass die Berichte von Dr. B. \_\_\_ nicht geeignet seien, von der kreisärztlichen Beurteilung hinsichtlich der Frage nach dem medizinischen Endzustand und dem Zumutbarkeitsprofil beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit abzuweichen. Auch kreisärztlich sei seinerzeit berücksichtigt worden, dass mit einer operativen Versteifung des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfussknochen rechts eine Behandlungsmöglichkeit von Unfallfolgen bestehe. Eine Umsetzung sei jedoch aufgrund der mit dem Dossier belegten Umstände zum Zeitpunkt der jüngsten ärztlichen Dokumentation nicht möglich. Bezüglich eines allfälligen CRPS seien innert sechs bis acht Wochen, respektive drei Monaten nach dem Unfall keine diese Diagnose begründenden Befunde dokumentiert. Damit bestehe kein unfallbedingtes CRPS. Die gewählten DAP entsprächen sodann dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil.

### **E. 2.4**

Der Beschwerdeführer machte in seiner Replik vom 6. September 2019 (Urk. 22) sodann geltend, dass sich in den echtzeitlichen Akten nach dem Unfall sehr wohl Hinweise für ein CRPS finden liessen. So ergebe sich beispielsweise aus dem Bericht des Z. \_\_\_ vom 10. November 2014, dass ein Druckschmerz über dem gesamten Fussrücken bestanden habe. Eine Schwellung des Fussrückens habe ebenfalls festgestellt werden können. Beides seien typische CRPS-Symptome. Die CRPS-Problematik sei damit klar auf den Unfall vom 20. August 2014 zurückzuführen. Dass sie nicht früher diagnostiziert worden sei, erkläre sich aus dem Umstand, dass der Versicherte an verschiedenen gesundheitlichen Problemen leide. Dies habe dazu geführt, dass die Fussproblematik nur ungenügend abgeklärt worden beziehungsweise in den Hintergrund gerückt und die Lumboschmerzen vordergründig abgeklärt worden sei. 3.3.1

Der Beschwerdeführer wurde am 22. September 2016 kreisärztlich untersucht (Urk. 17/191). Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte in seiner gleichentags erfolgten Stellungnahme ein ausgeweitetes Schmerzsyndrom des rechten Unterschenkels und Fusses nach Fraktur im Mittelfussbereich (Os cuneiforme I). Er führte aus, dass sich anlässlich der Untersuchung eine ausgeprägte Symptomausweitung gezeigt habe, wobei die Beschwerden mittlerweile den gesamten rechten Unterschenkel umfassen und bis zum Kopf ausstrahlen würden. Der Beschwerdeführer habe auch nicht nachvollziehbare Schmerzreaktionen gezeigt, wie

beispielsweise bei leichter Palpation im Bereich des Unterschenkels. Das Beschwerde- und Schmerzerleben scheine sich vom Ort der ursprünglichen Unfallfolgen vollständig entkoppelt zu haben. Aus diesem Grund sei von lokalen Behandlungsmassnahmen zukünftig keine Besserung zu erwarten. Dennoch werde man dem Beschwerdeführer solche Behandlungsmassnahmen zugestehen müssen. Auch eine Arthrodeese im Bereich der Fusswurzel beziehungsweise der Lisfranc-Linie werde man dem Beschwerdeführer nicht vorenthalten können. Es sei aber nicht damit zu rechnen, dass sich die Beschwerdesituation verbessere, sondern gegenteils eher verschlechtere. Da es sich um ein von einer Fraktur im Mittelfussbereich ausgehendes Schmerzsyndrom handle, sollte ein schmerztherapeutisches Vorgehen in Betracht gezogen werden, wobei auch die psychiatrische Seite eines solchen Schmerzsyndroms einbezogen werden sollte (Urk. 17/191 S. 6 f.) . 3.2

Nachdem die geplante Fuss-Operation in der E.\_\_\_\_

aus unfallfremden Gründen auf unbestimmte Zeit verschoben worden war (vgl. Urk. 17/248) , ergänzte Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, am 27. Juli 2017 die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ wie folgt: Da der Beschwerdeführer offenbar zu einer sehr starken Symptomausweitung neige, sei anzunehmen, dass auch die Arthrodeese , deren einziges Ziel eigentlich die Schmerzreduktion sei, zu keiner namhaften Besserung weder der Beschwerden noch der Arbeitsfähigkeit führen werde. Dem Beschwerdeführer seien ganztags leichte bis mittelschwere vorwiegend sitzende (mindestens 85 % ) Tätigkeiten zumutbar. Der rechte Fuss dürfe dabei weder Schlägen noch Vibrationen ausgesetzt werden. Kraftvolle Einsätze des rechten Fusses seien zu vermeiden ( Urk. 17/300) . Dr. C.\_\_\_\_ legte der Stellungnahme seine medizinische Beurteilung des Integritätsschadens vom 28. Juni 2017 bei . Darin stellte er eine Pseudarthrose des Os cuneiforme mediale dextrum nach Fraktur (20.08.2014) mit aus geweitetem Schmerzsyndrom im rechten Unterschenkel und Fuss, einen Pes

cavovarus rechts (unfallfremd) und eine Coalitio

calcaneonavicularis rechts (unfallfremd) fest. Er schätzte den Integritätsschaden auf 15 % (Urk. 17/261 ) . 3.3

Schliesslich nahm PD Dr. med.

A.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, am 11. April 2019 eine versicherungsmedizinische Beurteilung aus orthopädisch-chirurgischer Sicht vor. Er führte aus, dass der dokumentierte Verlauf eine klare zeitliche Trennung zwischen dem initialen Trauma, der verzögerten Knochenheilung und dem Auftreten eines allfälligen CRPS zulasse. Gemäss aktueller Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ( AWMF) zur Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS) entwickelten sich diese nach Trauma im Bereich der distalen, also körperfernen Extremitätenabschnitte . Dem zeitlichen Verlauf werde dabei eine besondere Bedeutung beigemessen. So werde gefordert, dass die Diagnose CRPS in zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma erfolge. Ein sinnvoller Zeitraum sei dabei etwa zwei bis drei Monate, dann müssten die Diagnosekriterien erfüllt sein. Am 7. November 2014 sei es im Z.\_\_\_\_ eine leichte Schwellung über dem Fussrücken, mit Druckschmerz über dem gesamten Fussrücken, der Malleolengabel und dem Calcaneus

festgestellt worden. Zudem hätten sich der Bewegungsumfang seitengleich und die Durchblutung und Sensibilität intakt gezeigt . Wenngleich Schwellung und Ödem auch bei

einem CRPS auftreten würden, so sei der Befund insgesamt nicht auf diese Diagnose hinweisend. Eine weitere Untersuchung sei am 18. November 2014 im Z.\_\_\_\_ erfolgt. Der mit Datum vom 27.

November 2014 dokumentierte Befund habe den rechten Fuß inspektorisch unauffällig beschrieben. Des Weiteren seien eine Druckdolenz im Bereich des Chopart- sowie des Lisfranc-Gelenkes medialseitig wie auch plantar, ein indolenter Rückfuß, eine Flexion/Extension

im OSG von 20-0-30° sowie eine normale Durchblutung und Sensibilität nach peripher festgestellt worden. Eine Druckdolenz, also eine Schmerzangabe auf Druckreiz, sei bei zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgter Knochenbruchheilung allerdings zu erwarten gewesen und entspreche nicht einer Allodynie. Die im Rahmen der Budapest-Kriterien definierten klinischen Kategorien Sensibilität, Vasomotorik, Sudomotorik/Ödem und Motorik/Trophik seien somit dokumentiert worden und hätten ein komplexes regionales Schmerzsyndrom zum Zeitpunkt der Untersuchung ausgeschlossen. Die von Dr. B.\_\_\_\_ am 13. November 2018 systematisch abgearbeiteten Kriterien entsprächen zwar den in der Literatur geforderten Voraussetzungen für die Diagnose eines CRPS. Dennoch könne das Ereignis vom 20. August 2014 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ursächlich angesehen werden, da innerhalb der geforderten sechs bis acht Wochen respektive drei Monate nach dem Unfall keine die Diagnose eines CRPS begründenden Befunde dokumentiert seien. Die am 5. Februar 2019 getroffene Aussage von Dr. B.\_\_\_\_, laut Patientenangaben seien die geschilderten Beschwerden erstmalig im Anschluss an den Unfall im Jahr 2014 aufgetreten, würden einer mit dem vorliegenden Dossier dokumentierten Grundlage entbehren

(Urk. 18 S. 9 ff.).

Als Folge des Unfalls vom 20. August 2014 bestehe - so

PD Dr. A.\_\_\_\_

-

eine Arthrose des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfußknochen (Tarsometatarsalgelenk I) rechts

(Urk. 18 S. 12). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Januar 2019 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen der Kreisärzte Dr. D.\_\_\_\_ (E. 3.1) und Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.2). Mit der Beschwerdeantwort vom 29. April 2019 (Urk. 16) reichte sie die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von PD Dr. A.\_\_\_\_ nach (Urk. 18). In dieser versicherungsmedizinischen Einschätzung von

PD Dr. A.\_\_\_\_

erfolgte eine

eingehende Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich der Diagnose eines CRPS. PD Dr. A.\_\_\_\_ stellte auf die sogenannten Budapest-Kriterien ab und hielt dafür, dass die im Arztbericht

von Dr. B.\_\_\_\_ vom 21. November 2018 ( Urk. 3/4) systematisch abgearbeiteten Kriterien zwar den in der Literatur geforderten Voraussetzungen für die Diagnose eines CRPS entsprechen. Dennoch könne das Unfallereignis vom 20. August 2014 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ursächlich hierfür angesehen werden, da im Anschluss an den Unfall keine entsprechenden Symptome hätten festgestellt werden können. Dabei nahm PD Dr. A.\_\_\_\_

ausführlich zu den sich in den Akten befindenden ärztlichen Berichten Stellung und begründete plausibel, dass erst mit der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. September 2016, also über zwei Jahre nach dem Unfallgeschehen, klinische Befunde dokumentiert worden seien, die auf ein CRPS hinweisen könnten. Allerdings sei in diesem Zeitpunkt die Diagnose mangels auffälliger Hyperhidrosis oder Behaarung angezweifelt und die Schlussfolgerung gezogen worden, dass es sich um ein von einer Fraktur im Mittelfussbereich ausgehendes Schmerzsyndrom handle. Damit seien innerhalb sechs bis acht Wochen nach dem Unfall keine die Diagnose eines CRPS begründenden Befunde dokumentiert worden ( Urk. 18 S. 10 ff.) .

Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und überzeugt und stimmt mit der medizinischen Aktenlage überein. Die in den ersten drei Monaten

im

Z.\_\_\_\_

( Urk. 17/33 und 17/40 ) festgestellten Befunde treten bei einem CRPS zwar eben falls auf. Sie weisen aber insgesamt – wie PD Dr. A.\_\_\_\_

schlüssig darlegte

(Urk. 18 S. 11 ) –

entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 22 S. 2) nicht auf die Diagnose eines CRPS hin, zumal eine Druckdolenz bei zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgter Knochenbruchheilung zu erwarten war und nicht mit einer Allodynie verwechselt werden darf. Am 8. November 2016 stellte Prof.

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Chefarzt und Direktor am G.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_ ( Urk. 17/207 ), gar eine Hypästhesie und Hypalgesie, also eine herabgesetzte Empfindung von Berührungsreizen und verminderte Schmerzempfindlichkeit, fest, was gemäss der plausiblen Erklärung von PD Dr. A.\_\_\_\_ dem genauen Gegenteil der bei einem CRPS vorliegenden Hyperalgesie oder Allodynie, also einer gesteigerten Schmerzempfindlichkeit und einer Schmerzempfindung, die durch üblicherweise nicht schmerzhaft Reize ausgelöst wird, entspricht ( Urk. 18 S. 10) . In der gleichentags erfolgten Untersuchung beurteilte

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 17/208), den am 20. August 2014 erlittenen Bruch anhand eines aktuellen Computertomogramms als konsolidiert und führte die beklagten Beschwerden, wenigstens zum Teil, auf eine Arthrose des betroffenen Gelenkes zurück, weshalb therapeutisch die Indikation für eine Versteifungsoperation ( TMT I- Arthrodesis ) gestellt wurde. Wie PD Dr. A.\_\_\_\_

ausführte,

wäre ein solcher Eingriff bei einem floriden komplexen regionalen Schmerzsyndrom kontraindiziert, was bei nur schon geringen Verdachtsmomenten für ein CRPS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in den Berichten adressiert worden wäre (Urk. 18 S. 10 f.).

Bei der Beurteilung von PD Dr. A.\_\_\_\_

schadet nicht, dass dieser - im Gegensatz zu Dr. D.\_\_\_\_ – den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, 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).

Soweit Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 5. Februar 2019 (Urk. 7) ausführt, dass laut Patientenangaben die geklagten Beschwerden (Schwellungen, Farbveränderungen, Temperaturveränderungen) erstmalig im Anschluss an den Unfall im 2014 aufgetreten seien, weshalb das Beschwerdebild als Unfallfolge zu taxieren sei, findet diese Aussage in der Aktenlage keine reelle Stütze. Die Arztberichte des Z.\_\_\_\_ zeigen wie erwähnt ein anderes Bild. Kommt hinzu, dass

Dr. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer erstmals im November 2018 untersucht hat. Mit Hinblick konnte er für die Zeit davor keine echtzeitlichen Befunde erheben. Entsprechend hielt er in seinem Arztbericht vom 29. September 2019 (Urk. 31) auch fest, dass er nicht belegen könne, dass die Symptomatik mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt aufgetreten sei; er halte lediglich die entsprechenden Aussagen des Patienten für glaubhaft.

Insofern der Beschwerdeführer sodann geltend macht, dass die CRPS-Problematik nicht früher diagnostiziert worden sei, weil er an verschiedenen gesundheitlichen Problemen leide, welche die Fussproblematik bisweilen in den Hintergrund hätten rücken lassen (Urk. 22 S 3), ist ihm ebenfalls nicht zu folgen. Der Beschwerdeführer konsultierte im Zusammenhang mit seinem Fussleiden bereits frühzeitig spezialisierte und für die Pathologie sensibilisierte Fusschirurgen der E.\_\_\_\_. Damit erscheint es

– wie PD Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte (Urk. 18 S. 10) – unwahrscheinlich, dass diese Ärzte entsprechende Befunde übersehen oder nicht angemessen gewürdigt hätten. 4.2

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. 6**

E. 4.3). Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich 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, hat PD Dr. A.\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf die ärztlichen Berichte in der Aktenlage schlüssig dokumentiert. Folglich kann das im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 2. Januar 2019

allenfalls vorliegende CRPS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 20. August 2014 zurückgeführt werden. Da das CRPS eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden ist (Urteile 8C\_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C\_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7), kommt vorliegend die Adäquanzrechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen nicht zur Anwendung.

Mit Blick auf das banale Unfallereignis (vgl. Urk. 17/1) wäre ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen Unfall und etwaigen psychischen Gesundheitsstörungen ohnehin zu verneinen.

Zu beurteilen sind daher nur die Auswirkungen der als Folge des Unfalls vom 20. August 2014 vorliegenden Arthrose des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfussknochen (Tarsometatarsalgelenk I) rechts

(Urk. 18. S. 12). 4.3

Gemäss der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2017 (E. 3.2) sind dem Beschwerdeführer ganztags leichte bis mittelschwere vorwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar, wobei der rechte Fuss weder Schlägen noch Vibrationen ausgesetzt werden darf und kraftvolle Einsätze des rechten Fusses zu vermeiden sind. Insoweit der Beschwerdeführer dieses Zumutbarkeitsprofil sowie die von der Beschwerdegegnerin gewählten DAP-Profile ablehnt, so tut er dies in Bezug auf das beklagte CRPS. Dieses erweist sich – wie erwähnt – allerdings als unfallfremd. Die als Folge des Unfalls vom 20. August 2014 vorliegende Arthrose des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfussknochen (Tarsometatarsalgelenk I) rechts ist demgegenüber mit dem erstellten Belastungsprofil vereinbar.

Ebenso

entsprechen die von der Beschwerdegegnerin evaluierten DAP-Arbeitsplätze dem von Dr. C.\_\_\_\_ festgelegten Zumutbarkeitsprofil. Schliesslich sind sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellt (vgl. BGE 129 V 472), erfüllt und die vorgenommene Invaliditätsbemessung mit einem IV-Grad von 0.25 % (Valideneinkommen von Fr. 65'330.--, Invalideneinkommen von Fr. 65'167.40) erweist sich als korrekt.

4.4

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung abgestellt und die Unfallkausalität für das beim Beschwerdeführer (mutmasslich) bestehende CRPS verneint. Ferner ist nicht zu beanstanden, dass sie den Anspruch auf eine Invalidenrente für die verbleibenden Unfallfolgen (Arthrose des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfussknochen) verneint hat. Für weitere medizinische Abklärungen besteht kein Anlass, zumal davon keine anderen entscheidung relevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3)

4.5

Ebensowenig ist gestützt auf die kreisärztlichen Stellungnahmen der Fallabschluss per 1. Oktober 2017 zu bemängeln:

Massgebend für den Fallabschluss und damit auch für die Einstellung der Tag geld- und Heilbehandlungsleistungen ist zunächst, ob zum Zeitpunkt des Fallab schlusses noch mit einer relevanten Besserung der Beschwerden zu rechnen ist (E. 1.4). Als Folge des Unfalls vom 20. August 2014 besteht eine Arthrose des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfussknochen ( Tarsometatar salgelenk I) rechts ( Urk. 18. S. 12). Kreisärztlich wurde berücksichtigt, dass mit einer operativen Versteifung des Gelenkes zwischen erstem Keilbein und erstem Mittelfussknochen rechts eine Behandlungsmöglichkeit von Unfallfolgen besteht ( E. 3.1 , Urk. 18 S. 11 f. ) . Eine Umsetzung wurde jedoch aufgrund von gesundheit lichen Einschränkungen nicht unfallbedingter Natur immer wieder verschoben. Abgesehen davon war von einer Fort setzung der ärztlichen Behandlung mit über wiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszu standes mehr zu erreichen

(E. 3.1, 3.2 ) – wobei Behandlungsoptionen in Bezug auf das unfallfremde CRPS nicht berücksichtigt werden können. Aktuell ist nicht absehbar, ob und allenfalls wann der Beschwerdeführer die erwähnte Operation durchführen wird. Damit fehlt es aber am notwendigen Nachweis, dass ein ope rativer Eingriff erforderlich ist. Die blosse Möglichkeit eines operativen Vorge hens in der Zukunft genügt nicht, den von den Kreisärzten per 1. Oktober 2017 fest gelegten Fallabschluss in Frage zu stellen beziehungsweise hinauszuzögern ,

zu mal hierfür die Möglichkeit einer namhaften Steigerung der Arbeitsfähigkeit vorausgesetzt wäre (vgl. E. 1.4 ), was vorliegend offensichtlich nicht gegeben ist. 4.6

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den

Versicherungsfall zu Recht abgeschlossen und einen Rentenanspruch verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5 . 5 .1

Die mit Verfügung vom 2. Mai 2019 (Urk. 19) bestell te unentgeltliche Rechtsver treterin d es Beschwerdeführers, Rechtsanwä ltin Stéphanie Baur,

machte mit ihren Honorarnoten vom 27. Februar und 4. Oktober 2019 einen Aufwand von 20.5 Stunden und Barauslagen von Fr. 152.-- exkl. Mehrwertsteuer geltend (Urk. 12 und 13 und Urk. 32 und 33). Angesichts der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache ( § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, vgl. auch §

## **E. 08**

0.-- ergibt. Rechtsanwä ltin Stéphanie Baur

ist deshalb mit Fr. 3'481.--

( Honorar von Fr. 3' 080.-- plus Barauslagen von Fr. 152.-- , zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 5 .2

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Entschädigung an die unent geltliche Rechtsvertreterin ver pflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stéphanie Baur, Dübendorf, wird mit Fr. 3'481.--

(inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - Suva , unter Beilage des Doppels von Urk. 30 und einer Kopie von Urk. 31 - 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. 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

## **E. 8**

in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht) erscheint der Aufwand als übersetzt. Zudem sind darin auch Positionen enthalten, welche grundsätzlich nicht entschädigt werden (vgl. das Merkblatt Amtliche Mandate der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich , Version 1. Januar 2016 , welches weitgehend den früher massgebenden Richtlinien des Büros für amtliche Mandate des Bezirksgerichts Zürich entspricht). So werden administrative Arbeiten, welche vom Sekretariat verrichtet werden können, wie beispielsweise Schreibarbeiten, Terminabsprachen, Bestellung/Verpacken/Rücksendung von Akten, Adressnachforschungen, Aktenablage, Erstellung der Honorarrechnung, Verfassen administrativer Schreiben, Aktenverkehr und der zeitliche Aufwand zur Erstellung von Fotokopien nicht entschädigt. Dasselbe gilt für soziale Betreuung, minimale Aufwände wie beispielsweise Kenntnisnahme von Vorladungen, Bemühungen in parallelen Verfahren und Rechtsstudium. Vorliegend wurden verschiedene Positionen aufgeführt , welche grundsätzlich nicht entschädigt werden (wie beispielsweise Aktenbestellung und -rücksendung, Fristerstreckungen , Zustellung von Kopien an den Mandanten).

Bei grosszügiger Betrachtung können eine Stunde Aufwand für die Instruktion , vier Stunden für die Durchsicht der Akten, vier

Stunden für die Redaktion der

Beschwerdeschrift und deren Ergänzung , zwei Stunden für notwendige Korrespondenz und Telefonate sowie zwei Stunden für das Abfassen einer Replik angeordnet werden. Eine weitere Stunde Aufwand kann zudem anerkannt werden, wenn berücksichtigt wird, dass die Rechtsvertreter in das Urteil mit dem Beschwerdeführer noch zu besprechen hatten. Zu entschädigen ist somit ein Gesamtaufwand von 14 Stunden, was unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- ein Honorar von Fr. 3'400.-- ergibt.

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