

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00123**

## **vom 7. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00123)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00123 du 7 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00123 del 7 agosto 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

9. De zember 2018 erstattet wurde ( Urk. 7/M043) . Mit Verfügung vom 1 2. Februar 2019 ( Urk. 7/G087) s tellte die Unf allversicherung Stadt Zürich die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen für Heilbehandlungen und Taggelder per 31 . August 2018 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung . Die von der Versicherten am 1 2. März 2019 erhobene Einsprache ( Urk. 7/J033) wies die Un fallversicherung Stadt Zürich mit Einspracheentscheid vom 3. April 2019 ( Urk. 7/J035 = Urk. 2) ab.

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. No vember 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversiche rung (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 ver wirklicht 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. Septem ber 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeit punkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

2 5. November 2011 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 Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehen den Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine In tegritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicher ten 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).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

#### **E. 1.4**

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).

## E. 1.5

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.6

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

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 16. Mai 2019 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 3. April 2019 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei insoweit aufzuheben, als der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint werde und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab 1. September 2018 eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die Unfallversicherung Stadt Zürich beantragte mit Beschwerdeantwort vom

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass auf das Gutachten der Y.\_\_\_\_ abgestellt werden könne (S. 5 lit. d). Die durchgeführten Zusatzuntersuchungen und Abklärungen hätten weder

objektivierbare symptomklärende Befunde noch Befunde ergeben, die für ein noch aktives komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) sprechen

(S. 5 lit. e).

Grundsätzlich sei festzustellen, dass aufgrund des kantonalen Urteils die Ablehnung der psychischen Beschwerden in Rechtskraft erwachsen sei (S. 5 lit. f.). Die Gutachter der Y.\_\_\_\_ hätten eindeutig sowohl ein CRPS als auch ein objektivierbares neuropathisches Schmerzsyndrom verneint. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit werde auf einen möglicherweise bestehenden Restzustand eines «fixierten Schmerzgedächtnisses» zurückgeführt, wobei es sich um ein unfallfremdes psychisches beziehungsweise psychosomatisches Gesundheitsproblem handle, welches auch nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden können (S. 6 lit. g). Das von der Beschwerdeführerin eingereichte Parteigutachten überzeuge nicht (S. 6 lit. h).

Grundsätzlich könne somit der natürliche Kausalzusammenhang der bestehenden Beschwerden per 31. August 2018 verneint werden (S. 6 lit. i). Selbst wenn man die natürliche Kausalität hinsichtlich des Restzustandes des «fixierten Schmerzgedächtnisses» bejahen würde, fehle es an der Adäquanz. Da aktenkundig kein organisches Korrelat betreffend die bestehenden Beschwerden eruierbar sei, habe die Adäquanzprüfung nach der sogenannten Psycho-Praxis nach BGE 115 V 133 zu erfolgen (S. 6 lit. j). Diesbezüglich sei die Adäquanz bei vorliegendem leichtem Unfallereignis ohne weiteres per se zu verneinen. Selbst wenn von einem Unfall mittlerer Schwere im Grenzbereich zu den leichten ausgegangen würde, wäre die Adäquanz aufgrund zu wenig erfüllter Kriterien nicht gegeben (S. 6 f. lit. k-m).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, es gelinge der Beschwerdegegnerin nicht, das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs rechtsgenügend zu belegen, weshalb weitere Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente basierend auf einer Leistungseinschränkung von 20%, geschuldet seien (S. 11 Ziff. 13, S. 9 Ziff.).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) machte die Beschwerdegegnerin geltend, bei den von der Beschwerdeführerin behaupteten reproduzierbaren klinischen Befunden habe es sich nur um nicht pathologische Untersuchungsergebnisse im Minimalbereich gehandelt (S. 4 f. lit. c-i). Fakt sei, dass die klinische Untersuchung seitens der Y.\_\_\_\_-Gutachter keine

neurologisch objektivierbaren fokalen Ausfälle erbracht habe (S. 5 lit . j). Die objektivierbare minimale Differenz zwischen links und rechts (leicht kühlere Hauttemperatur, leichte Atrophie von Wade und Fuss rechts) sei durch die jahrelange Schonung erklärbar (S. 5 lit . k). Hinsichtlich der nervenbedingten Beschwerden hätten somit keine organischen Korrelate fest gestellt werden können, welche die Schmerzen erklären könnten, weshalb dies folglich von den Y.\_\_\_\_ -Gutachtern als Gesundheitsbeeinträchtigung im Rahmen der Schmerzverarbeitungsstörung beurteilt worden sei (S. 5 lit . m). Selbst bei der Annahme, es läge eine Neuralgie vor, handle es sich dabei nicht um ein mit bild gebenden Verfahren reproduzierbares organisches Korrelat (S. 5 lit . n).

#### **E. 2.4**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfallereignisses vom 25. November 2011 über den 31. August 2018 hinaus eine Leistungspflicht trifft. 3.

Das Bundesgericht hob in seinem Urteil vom 13. März 2018 ( Urk. 7/J028) den Entscheid des hiesigen Gerichts vom 17. August 2017 ( Urk. 7/J023 ) sowie den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2016 ( Urk. 7/J010) auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung veranlasse. Begründet wurde dies damit, dass in somatischer Hinsicht die Ausführungen von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 26. Januar 2016 ( Urk. 7/M039 ) nicht rechtsgenügend seien, zumal sich, obwohl Dr. O.\_\_\_\_

geäußert

habe, er gehe von einem Endzustand ohne Aussicht auf eine relevante Verbesserung unter zusätzlicher somatischer Therapieoptionen aus, aus seinen Ausführungen

ergeben habe, dass er die Beschwerden der Beschwerdeführerin weiterhin als unfallkausal angesehen und eine abschliessende Beurteilung erst nach Durchführung der von ihm empfohlenen Abklärungen für möglich gehalten habe. Umstritten sei insbesondere auch das Vorliegen eines CRPS.

Das Bundesgericht wies darauf hin, dass im Rahmen der Diagnostik und Abklärung eines CRPS apparative Untersuchungen angezeigt seien wie Röntgen, Szintigraphie, Ninhydrintest oder Thermographie. Dies sei unterlassen worden, weshalb der Sachverhalt in somatischer Hinsicht unvollständig abgeklärt sei (vgl. Urk. 7/J028 E. 5.2). 4.

4.1

Am 19. Dezember 2018 erstatteten Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, Y.\_\_\_\_, ihr in Umsetzung des Urteils des Bundesgerichts vom 13. März 2018 ( Urk. 7/J028) von der Beschwerdegegnerin veranlasstes interdisziplinäres Gutachten ( Urk. 7/M043). Sie stellten folgende Diagnosen (S. 45 Ziff. 6, S. 46 Ziff. 4): - Status nach OSG-Distorsionstrauma rechts mit Ruptur Ligamentum fibulotalare anterius und Ligamentum fibulocalcanearum am 25. November 2011 - abgelaufenes CRPS I möglich (Budapest-Kriterien anamnestisch möglicherweise erfüllt) - in weitgehender Remission - kein Hinweis für ein persistierendes aktives CRPS - Status nach Release des Nervus

peroneus

superficialis rechts am 13. Oktober 2014 bei Status nach vermutetem Entrapment des Nervus

peroneus

superficialis an der Austrittsstelle des distalen lateralen Unterschenkels; Eingriff ohne Schmerzlinderung - rezidivierende depressive Störung - aktuell unter Medikation remittiert - vorbestehend, aber durch Schmerzsymptomatik passager verschlechtert

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hortmitarbeiterin aus, die Beschwerdeführerin sei aufgrund des Ereignisses vom 25. November 2011 in einem 100%igen Pensum voll arbeitsfähig, wobei aufgrund der noch bestehenden Schmerzstörung, die möglicherweise auch zum Teil iatrogen bedingt sein könnte, eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen sei. In einer an die Behinderung angepassten Tätigkeit mit überwiegend sitzender und wechselbelastender Tätigkeit ohne längeres Stehen und Gehen sowie ohne Tragen grösserer Lasten sei eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzunehmen (S. 49 Ziff.

## **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. 6.2**

lit. a).

Die Gutachter führten aus, die von der Patientin geschilderten Beschwerden und Befunde seien zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 25. November 2011 zurückzuführen (S. 47 Ziff. 5.1).

Möglich erscheine, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren, welche gemäss Akten auch zu rezidivierenden depressiven Episoden geführt hätten, die bereits prätraumatisch bestanden hätten, sowie etwaige Aspekte aus der Vita der Patientin mit traumatischen Erlebnissen eine Rolle für die aktuelle Beschwerdeentwicklung gespielt hätten. Eine genaue Bezifferung sei nicht möglich, insbesondere, da es sich vorliegend nicht um eine psychiatrische Expertise handle (S. 47 Ziff. 5.2 und Ziff. 5.2.1).

Der Unfall

vom 25. November 2011 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die vorbestehenden reaktiven depressiven Episoden verschlimmert respektive reaktiviert. Zum Zeitpunkt des Unfalls habe sich die Patientin jedenfalls nicht in psychiatrischer Behandlung befunden und habe auch keine Psychopharmaka eingenommen müssen (S. 47 Ziff. 5.3.1).

Das Unfallereignis sei bei der Entstehung der aktuellen Beschwerden im initialen Verlauf nicht wegzudenken, wobei der Verlauf der chronischen Schmerzen und letztlich auch die subjektiven Einschränkungen deutlich über das zu erwartende Mass hinausgingen. Der genaue Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine könne nicht bestimmt werden, liege aber spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung vor (S. 48 Ziff. 5.5). Die Erreichung des S

tatus quo ante könne retrospektiv nicht sicher beurteilt werden. Einen prolongierenden Faktor stelle vermutlich die durchgeführte Releaseoperation vom Oktober 2014 dar, die aufgrund einer

Entzündung durchgeführt worden und insgesamt doch eher als nicht gewinnbringend zu betrachten sei (S. 48 Ziff. 5.6).

Bezüglich der Schmerzstörung könnte durch ärztliche Behandlung durchaus eine Verbesserung erzielt werden (S. 49 Ziff. 7.1). Eine konsequent durchgeführte kognitive Verhaltenstherapie könnte die Situation bezüglich der Schmerzverarbeitung und der Belastbarkeit der rechten unteren Extremität wesentlich verbessern. Ein Therapieansatz in diese Richtung sei gemäss den Unterlagen noch nicht erwogen respektive durchgeführt worden (S. 49 Ziff. 7.2).

Die Y.\_\_\_\_-Gutachter hielten fest, die klinische Untersuchung habe aus neurologischer Sicht keinerlei objektivierbare fokale Ausfälle ergeben. Einzige Auffälligkeit sei die Angabe eines Elektrisierens bei Berührung der Haut zirkulär distal des Sprunggelenkes. Eine Allodynie sei nicht feststellbar, der restliche Neurostatus sei komplett unauffällig. Auch zeigten sich derzeit keine Auffälligkeiten im Bereich der Haut, insbesondere keine Verfärbungen, keine Schwellungen, keine trophischen Störungen und keine Störung der Sudation. Palpatorisch finde sich eine leicht kühlere Haut im Bereich des rechten Fussrückens im Gegensatz zur linken Seite. Rheumatologisch ergebe sich eine leichte Umfangsdifferenz im Bereich des Unterschenkels zu Ungunsten der rechten Seite, auch hier würden keine Schwellungen im Bereich des Sprunggelenkes, des Mittel- oder Vorfusses dokumentiert. Die Venenfüllung rechts sei beim Aufstehen aus liegender Position verzögert

(S. 42 oben). Es finde sich eine deutliche Druckdolenz im Bereich des Ligamentum fibulotalare anterius und medius rechts. Die Zehenbeweglichkeit aktiv und passiv sei unauffällig. Der Bewegungsumfang im Bereich des Sprunggelenkes sei unauffällig. Die objektivierbaren Differenzen zwischen dem gesunden linken und dem rechten Fuss, das heisse die leicht kühlere Hauttemperatur des rechten Fusses und die leichte Atrophie von Wade und Fuss rechts seien durch eine funktionelle langjährige Schonung erklärbar. Dadurch hätten sowohl die Muskelmasse wie auch die Durchblutungsgrösse abgenommen.

Die im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Zusatzuntersuchungen (konventionelles Röntgen des rechten Sprunggelenkes, 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT-CT rechter Fuss sowie neuroautonome Abklärungen im Spital C.\_\_\_\_) seien durchwegs unauffällig und ohne Hinweise für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom ausgefallen. Auch die Elektrodiagnostik, die im Rahmen der Begutachtung durchgeführt worden sei, habe keine Hinweise für eine Neuropathie des Nervus

peroneus, des Nervus

tibialis oder Auffälligkeiten bei der Sensomotorik ergeben. Zusammenfassend ergäben sich anhand der aktuell durchgeführten klinischen und auch ausgedehnten paraklinischen Untersuchungen keine objektivierbaren symptomklärenden Befunde und auch keine Befunde, die für ein noch aktives CRPS sprächen (S. 42 Mitte). Retrospektiv sei die Feststellung oder der Ausschluss eines abgelaufenen CRPS kaum möglich. Würden die anamnestischen und klinischen Charakteristika, die in verschiedenen Berichten dokumentiert seien, zusammengenommen (Temperaturunterschied, Ödemneigung, Allodynie

sowie Feststellung livider Verfärbung und klinisches Vorliegen einer Allodynie), könnte unter Umständen durchaus ein abgelaufenes CRPS angenommen werden. Bemerkenswert sei allerdings der Verlauf mit initial fehlender Allodynie, welche ein wesentlicher Bestandteil des CRPS sei, sowie das vollständige Fehlen relevanter trophischer Störungen (S. 42 unten f.). Es sei jedoch insgesamt fraglich, ob jemals ein klinisch manifestes CRPS bestanden habe. Anhand der vorliegenden Dokumentation könne dies nicht als überwiegend wahrscheinlich angenommen, aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Die Gutachter führten aus, die Indikationsstellung zur Nervenrelease-Operation, die im Oktober 2014 durchgeführt worden sei, sei für sie retrospektiv nicht gut nachvollziehbar, wobei diese wahrscheinlich zu einer gewissen Exazerbation der Schmerzsymptomatik geführt habe. Die postoperative Entwicklung eines neuropathischen Schmerzsyndromes erscheine durchaus nachvollziehbar, wobei aktuell keine Befunde für das Vorliegen eines noch aktiven neuropathischen Schmerzsyndroms feststellbar seien (S. 43 oben).

Die Gutachter führten aus, angesichts der nach dem Unfall stattgefundenen Entwicklung von Schmerzen, anfänglich im Zusammenhang mit einem OSG-Distorsionsstrauma, für welche im Verlauf keine ausreichende strukturelle Pathologie oder ein die Schmerzen erklärender physiologischer Prozess nachgewiesen werden können, stelle sich im Nachhinein die Frage, ob damals die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung bei somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hätte gestellt werden können. Deren Ätiologie leuchte eher ein als die Diagnose eines CRPS I, bei deren Festlegung gemäss Akten die pathognomonischen Symptome und Befunde nicht präsentiert worden seien (S. 43 Mitte). Die Gutachter führten aus, die aktuell noch vorhandenen Beschwerden seien aus ihrer Sicht nicht mehr überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Die natürliche Kausalität sei nicht überwiegend wahrscheinlich gegeben. Einerseits finde sich aktuell keinerlei objektivierbares Korrelat der angegebenen Beschwerden, andererseits würde auch bei angenommenem abgelaufenem CRPS (welches für eher unwahrscheinlich gehalten werde) ein derartiger Verlauf über das zu erwartende Mass hinausgehen (S. 43 f. unten). Die persistierende Schmerzsymptomatik, die möglicherweise einem Restzustand als «fixiertes Schmerzgedächtnis» entspreche, und möglicherweise ursächlich mit dem operativen Eingriff (Release des Nervus

peroneus

superficialis) zusammenhänge, führe in der angestammten Tätigkeit als Hortmitarbeiterin zu einer leicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit von 20% (S. 44). 4.2

Dr. med.

B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem neurologischen Konsilium vom 7. März 2019 (Urk. 7/M044) als Diagnose eine Neuralgie des Nervus

suralis rechts, am ehestens traumatischer Genese (S. 1 Mitte). Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die Vorstellung der Beschwerdeführerin sei zur Mitbeurteilung der brennend bis stechenden Schmerzen im Bereich des rechtsseitigen, seitlichen Fussrückens mit gleichzeitiger Kälteempfindung im selbigen Areal erfolgt, welches dem Versorgungsbereich des Nervus suralis entspreche (S. 2 oben).

Vorausgehend sei ein vor acht Jahren (25. November 2011) erlittener Unfall am betroffenen Fuss. Aufgrund der Persistenz der Beschwerden sei im Jahr 2014 zu nächst eine

periradikuläre Infiltration im Bereich der Lendenwirbelsäule erfolgt. Diese habe zu keiner ausreichenden Besserung der Schmerzen geführt, so dass, von einer Irritation des Nervus suralis ausgehend, dieser im unteren Unterschenkel drittels operativ entlastet worden sei. Postoperativ sei keine Besserung der Schmerzen zu erkennen gewesen (S. 2 oben).

Zum Neurostatus führte Dr. B. \_\_\_ aus, es fänden sich eine Dysästhesie entlang des Nervus

suralis -Versorgungsgebietes, keine Parese und keine Atrophiezeichen

(S. 2 Mitte). Klinisch sei von einer Nervus

suralis -Neuralgie rechts mit Dysästhesien auszugehen. Hierfür werde nach Unverträglichkeit des Lyrica die Einstellung auf Gabapentin empfohlen. Zudem sei die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) über die Physiotherapie sicher sinnvoll. Bei Angabe von Fatigue (rasche Erschöpfung), Schwindel einerseits und dem Vorliegen von gesteigerten Eigenreflexen und Schmerzen andererseits, werde zum Ausschluss einer chronisch entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems ein MRT des Schädels in die Wege geleitet.

Die Frage nach der Ursache der Beschwerden lasse sich retrospektiv nicht einfach zuordnen. Klar sei jedoch, dass die Patientin vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich des betroffenen Fusses gehabt habe und auch keine sonstigen infrage kommenden Ursachen für die Irritation des Nervus

suralis (wie etwa ein Neurom) vorliegen hätten. Auch die drei Jahre später erfolgte Operation habe zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. Der Nervus

suralis könne entweder im Rahmen von Polyneuropathien, eines Neuroms oder unfallbedingt irritiert sein. Eine Klinik für eine Polyneuropathie sei nicht vorliegend. Ein eventuelles Neurom (Knotenbildung) des Nervus wäre perioperativ zu erkennen, und es sei postoperativ eine Besserung zu erwarten. Beides sei nicht der Fall. Übrig bleibe die traumatische (unfallbedingte) Komponente, sodass hier der Zusammenhang zum Unfall nicht nur aus chronologischer Sicht, sondern auch durch Ausscheiden sonstiger Ursachen gegeben sei. Auch die Chronifizierung der Schmerzen und die sich daraus entwickelte depressive Störung sei als Folge dieses Unfalls zu interpretieren (S. 1 Mitte). 5.5.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 13. März 2018 (Urk. 7/J028) den Entscheid des hiesigen Gerichts vom 17. August 2017 (Urk. 7/J023) sowie den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2016 (Urk. 7/J010) aufgehoben hat, weshalb entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. vorstehend E. 2.1) nicht von einer Teilrechtskraft der Einstellung der Leistungspflicht für psychische Beschwerden per 15. Februar 2016 ausgegangen werden kann (vgl. vorstehend E. 3). 5.2

Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Y. \_\_\_ -Gutachten vom 19. Dezember 2018 (vgl. vorstehend E. 4.1)

den Nachweis erbracht hat, dass die im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (beziehungsweise gemäss dem darin eingenommenen Standpunkt: ab September 2018) bestehenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhten. 5.3

Im Rahmen der Begutachtung bei der

Y.\_\_\_\_ wurden verschiedene apparative Abklärungen vorgenommen, welche ein CRPS nicht bestätigen konnten

(vgl. vorstehend E. 4.1 , Urk. 7/M043 S. 34 Ziff. 4 ) .

Insbesondere die am 12. September 2018 durchgeführte 3-Phasen Skelettszintigraphie und das SPECT/CT des rechten Fusses ergaben keine Anhaltspunkte auf ein CRPS (vgl. Urk. 7/M042) . Auch die an der Universitätsklinik für Neurologie am Spital C.\_\_\_\_

durchgeführte Temperaturmessung mittels Hautelektrode ergab am rechten Fuss eine Temperatur von 29.9 °C und am linken Fuss eine von 30.8 °C, mithin eine nicht relevante Temperaturdifferenz von 0.9 °C (vgl. Urk. 7/ M 043 S. 41 oben ) . Ebenfalls zeigte die Testung der Schweißbildung formal eine normale quantitative Schweißsektion an den Füßen beidseits (vgl. Urk. 7/ M043 , Anhang zu m

Y.\_\_\_\_ -Gutachten

).

Aufgrund der nun als umfassend zu beurteilenden Abklärungen und den diesbezüglich nachvollziehbaren Ausführungen der Y.\_\_\_\_ -Gutachter

kann vorliegen ein aktives CRPS zum Zeitpunkt der Begutachtung im August 2018 verneint und ein abgelaufenes zumindest nicht ausgeschlossen werden. Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht bis Ende August 2018 . 5.4

Nicht vollends schlüssig und nachvollziehbar erweist sich das Gutachten der Y.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2018 (vgl. vorstehend E. 4.1)

jedoch hinsichtlich der Ausführungen zur Kausalität und zum Endzustand sowie zur Einordnung der zum Zeitpunkt der Begutachtung tatsächlich noch vorhandenen Beschwerden.

Soweit eine natürliche

Kausalität zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Ereignis vom 25. November 2011 durch die Gutachter der Y.\_\_\_\_

verneint wurde, erscheint unklar, weshalb dann gleichzeitig im Rahmen der Ausführungen zur bisherigen Tätigkeit als Hortmitarbeiterin eine unfall- respektive operations bedingte Einschränkung von 20 %

zuerkannt worden ist .

Unter anderem führten die Gutachter aus, dass sie es in Anbetracht des in den Akten dargelegten Verlaufes für möglich erachteten, dass es durch die am 13. Oktober 2014 durchgeführte operative Release des Nervus

peroneus

superficialis , bei welcher sie die Indikation als fraglich befanden , zur Auslösung eines neuropathischen Schmerzsyndroms im Bereich des Nervus

peroneus

superficialis gekommen sei.

Eine genügende Auseinandersetzung damit, weshalb ein allfälliges neuropathisches Schmerzsyndrom zum Zeitpunkt der Begutachtung dann nicht mehr vor handen sein soll, fehlt jedoch, ebenso allfällige Ausführungen dazu, weshalb sich diese in eine Schmerzstörung respektive in ein die Beschwerden verursachendes Schmerzgedächtnis umgewandelt haben soll, welche dann als nicht mehr unfall kausal anzusehen sein sollten.

In keiner Weise nachvollziehbar sind weiter die Ausführungen der Gutachter zum Status quo sine, zumal sich aus den Akten keine Anhaltspunkte darauf ergeben, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfallereignis respektive der Operation vom 13. Oktober 2014 an einem für die von ihr beschriebenen Fussbeschwerden relevanten Vorzustand gelitten hätte. So gilt der Status quo sine als erreicht, wenn der schicksalsmässige Verlauf einer Krankheit auch ohne das Unfallereignis zum gleichen Gesundheitsschaden geführt hätte (vgl. vorstehend E. 1.5). Dies ist vorliegend hinsichtlich der Fussbeschwerden wohl zu verneinen. Auch die Ausführungen der Gutachter der Y.\_\_\_\_

zum Status quo ante überzeugen in Anbetracht der von ihnen festgestellten Befunde, welche sie schlussendlich auf ein Schonverhalten zurückführten, welches dann in einem Überrest eines Schmerzgedächtnisses seine Erklärung finden sollte, nicht.

So wurde nebst einem Schonhinken eine auf Schonung hinweisende Atrophie sowie eine beim Aufstehen auf der rechten Seite verzögerte Venenfüllung festgestellt. Beschrieben wurde überdies eine deutliche

Druckdolenz

im Bereich des Ligamentum fibulo talare anterius und medius rechts, weniger auch im Bereich des Mittelfusses rechts etwa von der Mitte nach lateral sowie eine diskrete Druckdolenz im Bereich der Syndesmose Tibia/Fibula und des Fersenbeins rechts lateral. Zudem wurde eine gegenüber links veränderte Wahrnehmung der Oberflächenberührung am ventralen lateralen Unterschenkel sowie im gesamten rechten Fuss festgestellt. Explizit verneint wurden Anhaltspunkte für Verdeutlichungstendenzen oder Übertreibung (vgl. Urk. 7/M043 S. 31 unten, S. 32 f. Ziff. 3.2). Weiter führten die Gutachter der Y.\_\_\_\_

aus, dass durch eine ärztliche Behandlung bezüglich der Schmerzstörung eine wesentliche Verbesserung erzielt werden könnte, welches einerseits gegen das Erreichen des Status quo ante und andererseits gegen das Erreichen eines Endzustandes spricht (vgl. vorstehend E. 1.3).

Zudem

steht, wie aus dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. März 2019 (vgl. vorstehend E. 4.2) hervorgeht, die Möglichkeit im Raum, dass die Beschwerdeführerin an einer Neuropathie des Nervus

suralis leidet, welche Dr. B.\_\_\_\_ unter anderem anhand eines Ausschlussverfahrens auf eine traumatische Genese zurückführte. Von einer Dysästhesie im Bereich des Nervus

suralis sprachen bereits die Ärzte der Fusschirurgie der D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 26. November 2014 nach Wiedervorstellung der Beschwerdeführerin nach der Operation vom 13. Oktober 2014 (vgl. Urk. 7/M024), weshalb diese Diagnose, auch wenn der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ Mängel aufweist, indem er unter anderem fälschlicherweise von einer Operation des Nervus

suralis ausging, nicht einfach ohne weitere Begründung von der Hand gewiesen werden kann. Auf eine allfällige Problematik des Nervus

suralis

ist jedoch im Gutachten der Y.\_\_\_\_

nicht eingegangen worden ,

und auch die durchgeführte Elektrodiagnostik bezog sich nicht auf diesen Nerv (vgl. Urk. 7/M043 S. 32 oben).

Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich weitere Abklärungen bisher unterlassen und den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ den Gutachtern der Y.\_\_\_\_

auch nicht zur Stellungnahme zugestellt. Darauf kann aber in Anbetracht der aufgezeigten Unstimmigkeiten im Gutachten der Y.\_\_\_\_ , welche dessen Beweiswert schon bereits ohne die Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ erheblich schmälern , verzichtet werden.

Zusammenfassend kann den Gutachtern der Y.\_\_\_\_

soweit gefolgt werden, als dass gestützt auf die im Rahmen der Begutachtung veranlassten Abklärungen ein CRPS zum Zeitpunkt der Begutachtung im August 2018 verneint werden kann. Im Übrigen erweist sich das Gutachten der Y.\_\_\_\_ jedoch zu wenig nachvollziehbar und schlüssig, als dass die Beschwerdegegnerin gestützt darauf den Wegfall der natürlichen Kausalität zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 25. November 2011 respektive der Operation vom 13. Oktober 2014 rechtsgenügend nachweisen könnte. Auch das Erreichen eines Endzustandes erweist sich mit Hinblick darauf, dass die Gutachter der Y.\_\_\_\_ bei konsequent durchgeführter ärztlicher Behandlung noch von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgingen, als fraglich. 5.5

Aufgrund des Gesagten ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den ihr obliegenden Nachweis dafür, dass der rechtsgenügende Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 25. November 2011 und den vorhandenen Beschwerden nunmehr weggefallen sei, gestützt auf das Gutachten der Y.\_\_\_\_

nicht erbracht hat.

Damit bleibt ihre Leistungspflicht grundsätzlich bestehen. In diesem Sinne und mit dieser Feststellung ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) aufzuheben. 6.

Die obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Unfallversicherung Stadt Zürich vom 3. April 2019 mit der Feststellung aufgehoben, dass diese grundsätzlich weiterhin leistungspflichtig ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer -  
Unfallversicherung Stadt Zürich - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

## **E. 9**

).

Auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da es Widersprüche aufweise. Solägen zusammenfassend klar klinische Befunde vor, welche sich ap p arativ hätten nachweisen lassen

und reproduzierbar seien. Die Befunde beschränkten sich auf das verletzte rechte obere Sprunggelenk (OSG) respektive den Mittelfuss. Es habe sich kein

Hinweis darauf gefunden, dass sie simulieren oder aggravieren würde

(S. 5 f. Ziff. 5, S. 7 oben, S. 8 Ziff. 6-7, S. 9 Ziff. 9-10). Der Status quo sine sei nicht gegeben, und auch der Status quo ante lasse sich nicht rechtsgenügend belegen (S. 8 Ziff. 7-8). Soweit die Gutachter hinsichtlich der Operation vom Oktober 2014 allfällige Komplikationen und keine Verbesserung der Beschwerden respektive ein mögliches in der Folge aufgetretenes neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des Nervus

peroneus

superficialis

festgestellt hätten, sei zu berücksichtigen, dass die Operation im Rahmen der Behandlung der Unfallfolgen erfolgt sei, mithin in den Leistungsbereich der Beschwerdegegnerin falle (S. 7 Mitte, S. 8 Ziff. 6). Weiter sei gestützt auf den eingereichten Bericht von einer Neuralgie des Nervus

superficialis rechts auszugehen (S. 9 f. Ziff.

## **E. 11**

).

Da nach wie vor eine somatische (Teil-) Ursache für die bestehenden Beschwerden vorliege, sei keine gesonderte Kausalitätsprüfung nach der Psychorechtsprechung

vorzunehmen (S. 10 Ziff. 12). Zu beachten sei jedoch, dass auch nach Ansicht der Gutachter möglicherweise ein Behandlungsfehler zum verzögerten Heilverlauf beigetragen habe und dass sie sich seit dem Unfallereignis vielen belastenden Therapien unterzogen habe. Weiter bestehe bis Ende August 2018 - mithin über knapp 7 Jahre - eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit, und es liege eine ungewöhnlich lange Behandlungsdauer begleitet von körperlichen Dauerschmerzen vor (S. 10 f. Ziff. 12).

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