

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00229**

## **vom 29. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00229](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00229)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00229 du 29 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00229 del 29 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1992, war seit Mai 2015 bei Y.\_\_\_\_ angestellt als Bauwerkrenner und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Schadenmeldung vom 8. Dezember 2017 wurde der Suva angezeigt, dass dem Versicherten am 4. Dezember 2017 ein Holzbalken auf den Fuss (Rist) gefallen sei (Urk. 10/1). Die Erstbehandlung erfolgte am 4. Dezember 2017 im Spital Z.\_\_\_\_, wo ein natives CT des linken Fusses erstellt wurde. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten ein posttraumatisches Hämatom des linken Fusses und schlossen eine Fraktur aus (Urk. 10/22). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 10/3). Nachdem die Suva medizinische und erwerbliche Abklärungen getätigt hatte, verfügte sie am 16. Januar 2019, dass die Leistungen per 31. Januar 2019 eingestellt würden, da der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 6. März 2018 erreicht gewesen sei (Urk. 10/82). Hiergegen erhob der Versicherte am 26. Januar 2019 Einsprache (Urk. 10/91), welche er am 15. Februar 2019 ergänzend begründete (Urk. 10/97). Die Suva legte die Akten ihrem Kreisarzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vor, welcher am 23. April 2019 Stellung bezog (Urk. 10/107). Der Beschwerdeführer ergänzte seine Einsprache am 10. Mai 2019 (Urk. 10/112). Mit Einspracheentscheid vom 12. August 2019 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2).

#### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 16. September 2019 Beschwerde am hiesigen Gericht und beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien ihm mit Wirkung ab dem 31. Januar 2019 weiterhin Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/1-119), worüber der Beschwerdeführer am 14. Januar 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11).

##### **E. 2.1**

Nach Art.

##### **E. 2.2.1**

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 2.2.2**

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 Ursa chen 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 Vor zustandes 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 den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei 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).

### **E. 2.3.1**

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 2.3.2**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des

Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E.

4b).

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

### **E. 2.3.3**

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen mass gebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

### **E. 2.3.4**

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

### **E. 2.3.5**

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998

Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

#### **E. 2.4**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 3.

Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

#### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid dafür, dass das Ereignis vom 4. Dezember 2017 als banaler bzw. leichter Unfall zu qualifizieren sei, so dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung verneint werden könne. Des Weiteren sei gestützt auf die beweiskräftige Einschätzung von Dr. A. \_\_\_ überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass per 31. Januar 2019 keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen hätten und die Leistungen zu Recht eingestellt worden seien ( Urk. 2).

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass ein neuropathisches Schmerzsyndrom ein organisches Leiden sei und sich mittels einer neurologischen Beurteilung objektivieren lasse. Entsprechend sei ein neurologisches Gutachten in Auftrag zu geben, welches eine genauere Kartographierung des neuropathischen Schmerzareals am linken Fuss mit sensorisch quantitativer Testung vornehme und Stellung beziehe, welche konkreten Belastungen noch zumutbar seien. Werde mittels neurologischer Abklärung nachgewiesen, dass eine Verletzung des Nervensystems vorliege, so liege eine somatische Beeinträchtigung vor und die Suva müsse weiterhin leisten ( Urk. 1).

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass eine Nervenverletzung nicht aus den Akten hervorgehe, so dass keine Veranlassung bestehe, eine zusätzliche spezialärztliche neurologische Abklärung vorzunehmen. Hinzu komme, dass die Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu wesentlichen Teilen auf Grund von klinischen Befunden gestellt werde, so dass diese Diagnose nicht mit einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge gleichzusetzen sei. Entsprechend wäre die Adäquanz nach der Psycho-Praxis zu prüfen, wobei selbst bei Annahme eines mittelschweren Ereignisses im Grenzbereich zu den leichten Unfällen die Adäquanz aufgrund der nicht erstellten Kriterien zu verneinen wäre ( Urk. 9).

- 2.

### **E. 3.1**

Am 4. Dezember 2017 erfolgte die Erstbehandlung im Spital Z.\_\_\_\_. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten ein posttraumatisches Hämatom des linken Fusses mit/bei: - Trauma mit einem metallischen Balken am 4. Dezember 2017 - Röntgen Fuss a-p./lat. Fraktur Ausschluss - CT des linken Fusses, Fraktur Ausschluss, subkutanes Weichteilhämatom am Fussrücken mit einer Dicke von ca. 16 mm und einem Durchmesser von ca. 5 x 4.5 cm

Sie verschrieben Analgesie bei Bedarf mit Novalgin 500 mg viermal täglich und Irfen 400 mg dreimal täglich sowie Kühlung und Hochlagerung der Extremität. Bei Verschlimmerung der Beschwerden sei eine notfallmässige Wiedervorstellung indiziert (Urk. 10/22).

### **E. 3.2**

Am 6. März 2018 erfolgte ein MRI am Stadtspital B.\_\_\_\_, wobei ein normales MRI Vorfuss links ohne Nachweis einer posttraumatischen Läsion gefunden wurde (Urk. 10/20). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, untersuchte den Beschwerdeführer am 8. März 2018 und konstatierte, dass die Schwellung am dorsum

pedis rückgängig sei. Am Fussrist sei eine runde, ca. 6 cm grosse weiche Schwellung, die immer noch sehr druckdolent sei. In den Arbeitsschuhen sei die dorsale Flexion des Vorfusses wegen starken Schmerzen nicht möglich, nach drei Stunden bestünden Parästhesien im Vorfuss. Abends nach dem Ausziehen des Schuhs und des Kompressionsstrumpfes betreffe die Schwellung fast den ganzen Fuss und es würden Schmerzen beklagt (Urk. 10/21).

### **E. 3.3**

).

Demnach erweist sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als genügend abgeklärt, womit auf die Einholung weiterer Unterlagen (vgl. Urk. 9 S. 5) oder eines Gutachtens zu verzichten ist (vgl. Urk. 1) . 5. 5. 1

Vorab zu klären ist, ob der Unfall als leicht oder mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren ist.

Gemäss Schadenmeldung vom 8. Dezember 2017 ist dem Beschwerdeführer ein Holzbalken auf den Fuss (Rist) gefallen (Urk. 10/1). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ notierten, dass dem Beschwerdeführer ein Eisenträger auf den Fuss gefallen sei, wobei die Zehen durch die Arbeitsschuhe geschützt worden seien (Urk. 10/10).

Ob dies als leichter Unfall oder als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren ist, kann vorliegend offen bleiben : 5.2

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist aufgrund des Unfallherganges und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2008 vom 2

0.

November 2008 E. 5.2

), zu verneinen .

Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten ein posttraumatisches Hämatom des linken Fusses, damit ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu verneinen.

Die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden sind nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen, dies gilt auch für das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6), womit dieses Kriterium vorliegend zu verneinen ist.

Psychische Beschwerden sind nicht in die Beurteilung des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen miteinzubeziehen, auch wenn sie als körperlich imponieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Dies bezüglich ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass im Rahmen der Infiltrationsbehandlungen in der Klinik F.\_\_\_\_ auch Dysfunktionen der Rückfussgelenke ausgeschlossen wurden (Urk. 10/111) und Dr. A.\_\_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig darlegte, dass die noch geklagten Beschwerden organisch nicht erklärbar seien

(vgl. E. 4). Entsprechend ist dieses Kriterium zu verneinen.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, liegt klarerweise nicht vor.

Auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (BGE 134 V 109 E. 10.2.6) darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Es bedarf vielmehr besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte und der Heilungsverlauf nicht linear verlief, genügt hierfür nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.3 und 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3).

Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142).

Vorliegend ist dieses Kriterium gestützt auf die medizinische Aktenlage (vgl. E. 3) zu verneinen, auch wenn der Beschwerdeführer weiterhin andauernde Beschwerden angibt.

Ob das Kriterium « Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit » (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa) vorliegend zu bejahen ist, kann - mit Blick darauf, dass es sicherlich nicht in ausgeprägter Weise vorliegt - offen bleiben. 5.3

Entsprechend ist die Adäquanz zwischen dem Unfallereignis vom 4. Dezember 2017 und der nicht durch organische Unfallfolgen nachweisbaren Beschwerden des Beschwerdeführers zu verneinen. 6.

Die Leistungseinstellung per 31. Januar 2019 ist jedenfalls zugunsten des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden, womit der

Einspracheentscheid vom 12. August 2019 zu schützen und die Beschwerde abzuweisen ist.  
. 7.

Das vorliegende Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit . a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Herbert Bracher - Suva - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

### **E. 3.4**

Dr. med.

E.\_\_\_\_, Oberärztin Fusschirurgie Klinik F.\_\_\_\_, untersuchte den Beschwerdeführer erstmalig am 2 9. Mai 2018 ( Urk. 10/39) und diagnostizierte eine Dekonditionierung des linken Fusses mit persistierender Schwellung nach Quetschtrauma vom 4. Dezember 201 7. Sie verordnete Physiotherapie mit lokal antiphlogistischen/abschwellenden Massnahmen sowie im Verlauf Kräftigung sowie Koordinations- und Propriozeptionstraining . Dr. E.\_\_\_\_ hielt anlässlich der nächsten Konsultation vom 7. August 2018 fest, die Physiotherapie habe zu einer Verbesserung der Mobilisation geführt, es seien jedoch weiterhin Schmerzen im geschlossenen Schuhwerk vorhanden, sodass der dringende Verdacht auf ein persistierendes komplexes regionales Schmerzsyndrom ( CRPS ) bestehe ( Urk. 10/49).

In der Folge wurde der Beschwerdeführer in der Rheumatologie der Klinik F.\_\_\_\_ untersucht. Die behandelnden Ärzte hielten dabei folgende Diagnosen fest ( Urk. 10/56): - Persistierendes CRPS Fuss links - Status nach Quetschtrauma 4.12.2017 - normales MRI Vorfuss links (06.03.2018) - anhaltende vasomotorische Dysregulation (vermehrtes Schwitzen, Hauttemperaturerhöhung, intermittierendes Ödem), Hyperästhesie, Schwäche - Tendenz zur Hyperlaxizität - Beighton -Score 5/9 - lumbospondylogenes Syndrom - Striae distensa

cutis - Adipositas Grad III

Sie würden dringend empfehlen, die psychologisch -psychiatrische Betreuung engmaschig weiterzuführen. Therapeutisch würden die Therapien belassen bei leichter Besserung des Fusses und aktuellem Versuch eines schmerzadaptierten Belastungsaufbaus.

Anlässlich der Konsultation vom 1 2. September 2018 erhoben die Ärzte ein unverändertes Befinden ( Urk. 10/61).

### **E. 3.5**

Die Beschwerdegegerin holte eine Standortbestimmung bei PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie und Physikalische Medizin des H.\_\_\_\_, ein. Dr. G.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 24. Oktober 2018 und diagnostizierte (1) einen Verdacht auf neuropathisches Schmerzsyndrom Fuss links (Erstmanifestation 12/2018), aktuell keine Hinweise auf ein florides CRPS und (2) einen Status nach Fusskontusion vom 4. Dezember 2017, unauffälliges MRI Fuss links vom 6. März 2018.

Der Beschwerdeführer äussere auf Symptomebene Beschwerden, welche potenziell mit einem CRPS vereinbar wären. Anlässlich der heutigen Konsultation zeigten sich jedoch keinerlei Hinweise für ein florides CRPS. Ausserdem zeige eine selbst durchgeführte Fotodokumentation in der Frühphase kein CRPS. In der Gesamtschau führe er die Beschwerden am ehesten auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom zurück. Die beschriebenen vegetativen Symptome seien am ehesten auf eine vegetativ unterhaltene Schmerzkomponente zurückzuführen (Urk. 10/65).

### **E. 3.6**

Die Suva legte die Akten der Versicherungsmedizin vor und Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, nahm am 2. November 2018 Stellung. Er konstatierte, dass aus orthopädischer Sicht bereits eine Arbeitsfähigkeit bestehen sollte, wobei aber zusätzliche psychische Komponenten bestünden, welche das Schmerzgeschehen beeinflussen würden. Der Status quo sine/ante sei noch nicht erreicht, es sollte eine Reevaluation nach Beurteilung eines Schmerztherapeuten erfolgen (Urk. 10/67).

### **E. 3.7**

Der Hausarzt des Beschwerdeführers überwies den Beschwerdeführer an Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie. Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte (1) eine Insertionstendinitis pes

anserinus und anamnestisch Femoropatellärsyndrom rechts infolge Überlastung bei Status nach Quetschtrauma des linken Fusses am 4. Dezember 2017, (2) einen Status nach Kniekontusion links im Oktober 2017, (3) Adipositas und (4) Hyperlaxizität. Seines Erachtens bestehe eine ausgeprägte Insertionstendinitis des pes

anserinus bei verändertem Gangbild im Rahmen der vermehrten Belastung des rechten Beines bei Status nach Unfall am linken Fuss. Therapeutisch habe er ein Beinachsentraining und Kräftigung der knienahen Muskulatur verordnet. Seines Erachtens stünden die Beschwerden am rechten Bein im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Dezember 2017 (Urk. 10/74).

### **E. 3.8**

Anlässlich der Verlaufskonsultation in der Rheumatologie der Klinik F.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2018 führten die Ärzte aus, dass eine in etwa unveränderte Beschwerdesituation bestehe und es durch die bisherigen Massnahmen zu keiner wesentlichen weiteren Besserung gekommen sei. Klinisch lägen ähnliche Befunde wie in der letzten Konsultation vor mit diskreter Schwellung, Hyperhidrose ohne trophische Störungen mit schmerzhaft eingeschränkter aktiver Beweglichkeit und Allodynie. Eine stationäre Rehabilitation werde abgelehnt und weitere Medikamente würden hinsichtlich weiterer Nebenwirkungen nur sehr ungern eingenommen. Sie einigten sich auf einen Infiltrationsversuch, sollte dies keine

Besserung erbringen, würden sie eine Anbindung an ein Schmerzzentrum veranlassen ( Urk. 10/78).

### **E. 3.9**

Dr. A.\_\_\_\_ nahm am 4. Januar 2019 Stellung und führte aus, dass keine strukturellen Läsionen am linken Fuss vorlägen, die überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 4. Dezember 2017 zurückzuführen seien und verwies auf das CT vom 4. Dezember 2017, welches ein subkutanes Weichteilhämatom ohne Beteiligung von knöchernen und ligamentären Strukturen zeigte, und das MRI vom 6. März 2018, in welchem ein Normalbefund erhoben wurde. Der Status quo ante sei im MRI vom 6. März 2018 bildgebend dokumentiert. Die weiterhin beklagten Beschwerden könnten organisch nicht erklärt werden. Entsprechend seien somatisch unfallkausal keine Behandlungsmassnahmen indiziert ( Urk. 10/79).

### **E. 3.10**

Die Ärzte der Manuellen Medizin und Interventionellen Rheumatologie der F.\_\_\_\_ Klinik diagnostizierten anlässlich der Konsultation vom 7. Januar 2019 (1) einen anhaltenden Schmerzzustand im Fuss links nach Quetschtrauma am 4. Dezember 2017 und (2) eine Adipositas. Der Beschwerdeführer sei ihnen zugewiesen worden zur Evaluation weiterer Therapieoptionen. Sie würden eine Neuraltherapie versuchen, manuelle Ansatzpunkte fänden sie nicht ( Urk. 10/90).

Da die Neuraltherapie erfolglos gewesen sei, schlugen die Ärzte am 6. Februar 2019 eine bildwandlergesteuerte Testinfiltration vor in den unterschiedlichen Gelenkkompartimenten, um zu sehen, was genau betroffen sei und nach Anästhesie eine Impulsmobilisation vorzunehmen. Es scheine nicht völlig abwegig, dass damit die Beschwerden gebessert werden könnten, teils seien die Erfolge bei solchen Massnahmen ganz erstaunlich ( Urk. 10/96). Am 25. März 2019 erfolgte die Infiltration ( Urk. 10/105), welche allerdings nicht den gewünschten Effekt zeigte. Die behandelnden Ärzte interpretierten in der Folge, dass der Schmerz

nicht mehr vordergründig peripher-nozizeptiver Natur sei, sondern wahrscheinlich stark zentralisiert. Die interventionellen Anstrengungen würden nun eingestellt, manuelle Ansatzpunkte fänden sich nicht. Der Fall werde abgeschlossen. Die wichtigste Massnahme dürfte eine schmerzdistanzierende Medikation und die psychiatrische bzw. psychosomatische Behandlung sein ( Urk. 10/111).

### **E. 3.11**

Dr. A.\_\_\_\_ nahm am 23. April 2019 erneut Stellung. Er führte aus, dass zum Zeitpunkt des MRI am 6. März 2018 keine posttraumatischen Läsionen und damit der Status quo ante dargestellt worden seien. Die weiterhin geklagten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung zurückzuführen. Das klinische Bild sei gekennzeichnet durch einen schweren und belastenden Schmerz des Fusses links, welcher auf keine anerkannte medizinische Behandlung nachvollziehbar reagierte. Der Beschwerdeführer habe wechselnde und ausserordentlich starke Beschwerden beschrieben, welche konstant vorlägen und nicht veränderbar gewesen seien. Sämtliche therapeutischen Massnahmen hätten bis anhin versagt, die Symptombeschreibung habe keinem pathophysiologischen Prozess zugeordnet werden können. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die Kriterien für eine soma-

toforme Schmerzstörung mit Symp tomasausweitung erfüllt ( Urk. 10/107/5 f.).

### **E. 3.12**

Auf Rückfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hielten die Ärzte der Rheumatologie der Klinik F.\_\_\_\_ am 8. April 2019 fest, dass weiterhin eine unzufrieden stellende Situation mit eingeschränkter Belastbarkeit und anhalten den Schmerzen sowie Bewegungsstörungen des Fusses bestehe, es seien also noch somatisch unfallkausal Behandlungsmassnahmen indiziert. Der Status quo ante/sine sei noch nicht erreicht. Die aktuellen Beschwerden seien noch auf den Unfall vom 4. Dezember 2017 zurückzuführen im Sinne eines auslösenden Ereignisses ( Urk. 10/112). 4. 4.1

Dr. A.\_\_\_\_ führte am 23. April 2019 unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Aktenlage schlüssig und nachvollziehbar aus, dass im Zeitpunkt des MRI vom März 2018 bildgebend der Status quo ante dargestellt worden sei, da keine strukturellen Läsionen dargestellt haben werden können (vgl. E. 3.11). Des Weiteren legte er überzeugend dar, dass sowohl bei der Zafas -Untersuchung (E. 3.3) als auch bei der erstmaligen Konsultation an der Klinik F.\_\_\_\_ - am 29. Mai 2018 (E. 3.4) eine deskriptive Diagnose auf Basis der geklagten Symptome gestellt wurde - die Verdachtsdiagnose eines CRPS wurde bis dahin noch nicht erwähnt .

Daran vermag auch die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingeholte Stellungnahme der Ärzte der F.\_\_\_\_ vom 8. April 2019 nichts zu ändern: Die Ärzte konstatierten selbst, dass sich die Frage stelle, was als „organisch“ bezeichnet werden solle. Strukturell gesehen lägen keine radiologisch nachweisbaren Läsionen vor, auf Befundebene bestünden Beschwerden, welche zuletzt als Dysfunktion im Rückfussbereich nach Quetschtrauma am 4. Dezember 2017 beurteilt worden seien ( Urk. 10/112 /9 f. ). Eine Dysfunktion des Rückfusses wurde allerdings durch die Ärzte der F.\_\_\_\_ anlässlich der Konsultation vom 17. April 2019 ausgeschlossen ( Urk. 10/111). Damit wird deutlich, dass zwar subjektiv Beschwerden bestehen, allerdings keine nachweisbaren strukturellen Läsionen vorliegen, was der Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ entspricht.

Dies geht auch klar aus dem Bericht der behandelnden Ärzte der F.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2019 hervor , in welchem sie ausführen, dass ein chronisches Schmerzsyndrom des linken Fusses nach Quetschtrauma vor fast zwei Jahren bestehe . Sämtliche physiotherapeutischen und manuellen Interventionen seien bisher leider ohne Erfolg gewesen, es werde subjektiv weiterhin von einem vorwiegend strukturellen Fussproblem ausgegangen, welches gelöst werden müsse, bevor eine Belastbarkeitssteigerung in Angriff genommen werden könne. Sie sähen keine weiteren Termine bei sich vor ( Urk. 10/114).

### **4.2**

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde insbesondere geltend, dass sich ein neuropathisches Schmerzsyndrom mittels einer neurologischen Beurteilung objektivieren lasse. Werde so nachgewiesen, dass eine Verletzung des Nervensystems oder eine Dysfunktion desselben vorliege, so bestünden noch somatische Beeinträchtigungen und die Suva sei als zuständiger Unfallversicherer weiterhin für Taggeld und Heilbehandlungen leistungspflichtig ( Urk. 1).

Die Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms wird aufgrund von klinischen Befunden, und nicht gestützt auf bildgebende/apparative Methoden, gestellt. Hierbei handelt es sich somit nicht um eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge im Sinne

der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_647/2018 vom 16. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_605/20)

#### **E. 6**

des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1-2 mit Hinweisen).

#### **E. 10**

vom 9. November 2010 E. 5.2).

Dem entspricht auch, dass die behandelnden Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_

als wichtigste Massnahme eine schmerzdistanzierende Medikation und die psychiatrische bzw. psychosomatische Behandlung benannten (vgl. E. 3.10). 4.3

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bezüglich der somatischen Beschwerden der Status quo ante - wie von Dr. A.\_\_\_\_ attestiert - im März 2018 erreicht gewesen ist. Die weiterhin geltend gemachten Beschwerden des Beschwerdeführers sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht als eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge zu qualifizieren, womit für diese eine Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Sinne von BGE 115 V 133 vorzunehmen ist (vgl. E. 4.3; E.

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