

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00152 vom 21. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00152

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00152 du 21 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00152 del 21 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, war seit dem 26. September 2022 als Schaler bei der Y.____ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 20. Dezember 2022 sortierte der Versicherte Bauschutt aus. Hierbei geriet sein rechtes Bein zwischen eine von einem Kran angehobene kleine und eine grosse Mulde und wurde eingeklemmt. Der Versicherte verletzte sich dabei am Unterschenkel /Fussgelenk rechts und an den Rippen.

(Schadenmeldung UVG vom 17. Januar 2023, Urk. 8/2; vgl. auch Urk.

8/17/

10-11 und Urk. 8/75). Nach der Überführung ins Spital Z.____

mit der Sani tät diagnostizierten die erstbehandelnden Ärzte im Notfallbericht vom 21. Dezember 2022 ein Quetschtrauma distaler Unterschenkel rechts (Urk.

8/29/2). Die Suva erbrachte Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen. Am

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 1. 2

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 4. Oktober 2023 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 1 f.): 1. Der Einspracheentscheid vom 8. September 2023 sei aufzuheben und es seien weiterhin Versicherungsleistungen zu erbringen, bis die Unfallkausalität der vorhandenen Beschwerden seriös abgeklärt wurde. 2. Zur Abklärung der Unfallkausalität sei ein neutrales Gutachten in Auftrag zu geben. 3. Die von der Klinik B. ___ empfohlene Rehabilitation sei durchzuführen.

Unter Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. November 202

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass gemäss der Beurteilung von Dr. A. ___ vom 14. Juni 2023 keine Anhaltspunkte für ein florides komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) am rechten Fuss

vorliegen würden. Beim Ereignis vom 20. Dezember 2022 habe sich der Beschwerdeführer eine Prellung bzw. Quetschung zugezogen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit drei bis vier Monate nach dem Ereignis keine Rolle mehr gespielt habe. Objektivierbare

strukturelle und bleibende Folgeschädigungen, welche die anhaltenden Beschwerden erklären könnten, seien nicht festgestellt worden.

Bezüglich der bildgebend dargestellten Knochenmarködeme sei

zu ergänzen, dass diese in der MRI-Untersuchung vom 23. Mai 2023 mit einem kleinen Restbefund

regredient gewesen seien. Auf die Beurteilung von Dr. A. ___ könne abgestellt werden. Von der vom Beschwerdeführer beantragten Begutachtung könne abgesehen werden (Urk. 2 S.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass er anlässlich des Unfalls vom 20. Dezember 2022 Frakturen

erlitten habe, was Dr. A. ___

aktuell widrigerweise verneint habe. Im Bericht der Universitätsklinik B. ___ vom 12. Juni 2023 seien Knochenmarködeme am Mittelfuss sowie ein neu abgrenzbares, kräftiges Knochenmarködem des Os naviculare an der Gelenkfläche zum Os cuneiforme intermedium festgestellt worden. Im Bereich der Fraktur des Mittelfussknochens II

sei immer noch ein Knochenmarködem vorhanden, auch wenn dieses leicht regredient sei. Das neue Knochenmarködem am Os naviculare werde als ossäre Stressreaktion und damit ebenfalls implizit als Traumafolge bezeichnet. Da es sich beim Knochenmarködem am Os naviculare um eine neue Diagnose handle, müsse geprüft werden, ob eine Spätfolge des

Unfalls vorliege. Dass das Knochenmarködem auf vorbestehende degenerative Veränderungen zurückzuführen sei, sei weder belegt noch nachvollziehbar. Der beim Beschwerdeführer offenbar vorhandene kleine Fersensporn und die leichte Tendinopathie der Achillessehne würden sich an der Ferse befinden. Schmerzhaft sei jedoch der Fuss seitlich und dort, wo er beim Unfall eine Fraktur erlitten habe und wo sich heute die Knochenmarködeme befinden würden. Dass – wie Dr.

A.____ behauptet habe –

ein abgeflachtes Fussgewölbe, ein beginnender Hallux

und ein Os Trigonum bestünden, gehe aus den Akten nicht hervor.

Entgegen der Einschätzung der Ärzte der Universitätsklinik B.____ stelle Dr.

A.____ schliesslich auch das Vorliegen eines CRPS in Abrede. An dessen Beurteilung seien unter diesen Umständen erhebliche Zweifel anzubringen (Urk.

1 S. 4 f.). 3. 3. 1

Die Ärzte der Chirurgischen Klinik des Spitals Z.____ diagnostizierten im Notfallbericht vom 21. Dezember 2022 ein Quetschtrauma distaler Unterschenkel rechts vom 20. Dezember 2022. Sie erklärten, dass die Röntgenuntersuchung des oberen Sprunggelenks (OSG) und des Unterschenkels rechts keinen Hinweis auf frische ossäre Läsionen ergeben habe (Urk. 8/29/2). 3. 2

Med. pract. C.____, Leitender Arzt Chirurgie am Stadtspital D.____, nannte im an med. pract. E.____, FMH Praktischer Arzt, gerichteten Bericht vom 1.

Februar 2023 folgende Diagnosen (Urk. 8/39/3):

OSG/Fuss rechts: massives Quetschtrauma von ca. 200 kg im Bereich des distalen Unterschenkels vom 20. Dezember 2022 mit/bei - kleiner Weber A Fraktur im Bereich der Fibula - fraglicher

Metatarsale II-Köpfchenfraktur - Verdacht auf Irritation der medialen und lateralen Nerven im Bereich des Unterschenkels Med. pract. C.____ gab an, dass der Beschwerdeführer über ausstrahlende Schmerzen im Bereich des Quetschtraumas bis in den Fuss berichte.

Teilweise komme es auch zu einem Einschlaf-Phänomen im Bereich der Zehen II bis V. Er könne den Fuss auch nicht belasten. Aktuell sei er privat in einer sehr belasteten Situation. Es bestehe am ehesten der Verdacht auf eine Irritation der Nerven des Unterschenkels mit Ausstrahlung in den Fuss durch das Quetschtrauma. Im CT sehe man eine Weber A - Fraktur und eine Metatarsale II-Köpfchenfraktur. Dies erkläre die massiven Schmerzen jedoch nicht. Er möchte den Beschwerdeführer für eine second

opinion der Universitätsklinik B.____ zuweisen (Urk. 8/39/3-4). 3. 3

Die Ärzte des Fusszentrums der Universitätsklinik B.____

führten im Stadtspital

D.____ gerichteten Bericht vom 14. Februar 2023 aus, dass sich in der MR-Untersuchung der Achillessehne rechts inkl. Unterschenkelmuskulatur vom 13. Februar 2023 ein Knochenmarködem an der distalen Tibia und Fibula sowie ein geringes Muskelödem in der Extensorenloge und tiefen Flexorenloge am Unterschenkel gezeigt hätten, am ehesten im Rahmen des Traumas/

kontusionell. Zudem sei eine leichte Tendinopathie der Achillessehne und der Peroneus brevis - Sehne ersichtlich gewesen.

Insgesamt ergebe sich aus der klinisch-radiologischen Zusammenschau der Verdacht auf ein CRPS. Die Kollegen der Rheumatologie im Haus würden gebeten, den Beschwerdeführer zur Mitbeurteilung aufzubieten und gegebenenfalls eine spezifische Therapie einzuleiten (Urk. 8/15/ 2- 3). 3. 4

Die Ärzte der Abteilung für Rheumatologie/Physikalische Medizin der Universitätsklinik B. diagnostizierten im an ihr Fusszentrum gerichteten Sprechstundenbericht vom 15. März 2023 ein primär nozizeptives Schmerzsyndrom Fuss rechts, Differentialdiagnose CRPS I in partieller Remission. Sie führten aus, dass sich anlässlich ihrer Untersuchung keine Anhaltspunkte für ein florides CRPS ergeben hätten. Auch wenn der Beschwerdeführer gewisse Beschwerden äussere, die mit einem CRPS korrelieren könnten, sei die Klinik eher im Rahmen eines nozizeptiven Schmerzsyndroms bei protrahiertem Heilungsverlauf zu interpretieren. Aufgrund der rekonstruierten Frühphase sei differentialdiagnostisch auch an ein CRPS in partieller Remission zu denken. Diese Diagnose sei als möglich zu erachten

(Urk. 8/20/ 2-4). 3.

E. 3

UV170060 Kausalzusammenhang natürlich, Vorzustand krankhaft, Beweiswürdigung 03.2022 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbe gründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/

2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 3.2

). Wie die Beschwerdeführerin zutreffend bemerkte (Urk. 7 S. 3), nahmen die Ärzte des Fusszentrums der Universitätsklinik B.____ im Bericht vom 14. Februar 2023 nicht mehr Bezug auf die Frakturen (Urk. 8/15/2-3).

Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die (kleine) Fraktur Weber Typ A spätestens am 20. April 2023

abgeheilt war. Den von den Ärzten des Fusszentrums der Universitätsklinik B.____ im Bericht vom 14. Februar 2023 zunächst erhobenen Verdacht auf ein CRPS (vgl. E. 3.3) konnten die

Ärzte der Abteilung für Rheumatologie/

Physikalische Medizin der Universitätsklinik B.____

im Rahmen ihrer Untersuchungen vom 13. März 2023

sodann nicht bestätigen. Im Bericht vom 15. März 2023 hielten sie vielmehr explizit fest, dass sich anlässlich der damaligen Untersuchung keine Anhaltspunkte für ein florides CRPS ergeben hätten (vgl. E. 3.4) . Dass Dr. A.____ das Vorliegen eines CRPS unter diesen Umständen verneinte, ist nachvollziehbar. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass das MRI vom 23. Mai 2023 im Bereich der distalen Tibia und Fibula – das heisst dort, wo am 30. Januar 2023 eine Fraktur Weber Typ A festgestellt worden war – ein regredientes Knochenmarködem mit nur noch einem

residuell kleinen Restbefund zeigte (vgl. E. 3.7). Ebenfalls nachvollziehbar ist, dass die im MR vom 12. Juni 2023 festgestellten, erst neu hinzugetretenen Knochenmarködeme gemäss Dr. A.____ nicht auf das Unfallereignis vom 20.

Dezember 2022 zurückzuführen sind.

Die Argumentation von Dr. G.____ von der Universitätsklinik B.____ , wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall vom 20. Dezember 2022 keine Probleme mit seinem rechten Unterschenkel/ Fuss rechts gehabt habe (vgl. E. 3.9) , erschöpft sich ferner

in der Formel « post hoc ergo propter hoc» . Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (vgl. E. 1.4) .

Schliesslich gilt es zu beachten , dass die Beschwerdeführerin zwar die Beweislast trägt für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Zustands, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte. Dabei hat sie – wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbrachte (Urk. 7 S. 3) – aber nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen (Krankheit,

degenerative Veränderungen) ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_727/2022 vom 16. März 2023 E. 3.2.4). Dies war vorliegend nach der beweiskräftigen Beurteilung von Dr. A.____ spätestens 20. April 2023 der Fall. Der Beschwerdeführer vermag sich auf keinen ärztlichen Bericht zu stützen, der Gegenteiliges belegen würde.

Auf die Beurteilung von Dr. A.____ kann demnach abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht angezeigt. 5.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Britta Keller - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber
Hurst Kreyenbühl

E. 4

UV170570 Post hoc ergo propter hoc 12.2023 Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3). 1.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen von Dr. A. ___ vom

5. April und 14. Juni 2023 (Urk. 8/46 und Urk. 8/88).

E. 4.2

In der Beurteilung vom 14. Juni 2023 legte Dr. A. ___

zuletzt dar, dass sich entsprechend dem rheumatologischen Untersuchungsbericht vom 15. März 2023 keine Hinweise auf trophische Störungen und bei einem normalen Hautkolorit und

Tugor keine Anhaltspunkte für ein florides CRPS

ergeben hätten. Dies, bei einer auch bereits zeitnah in den

ersten Wochen regredienten

Schmerzsyndrom - matik .

Die prolongierte Gesundheitsstörung passe gemäss den bildgebenden Verlaufsbefunden zum MR vom 12. Juni 2023 bei unfallatypisch neu hinzutretenden lokal abweichenden Knochenmarködemen am besten zu krankhaften multikausalen vaskulären Veränderungen und chronischen knöchernen Fehl-/Überlastungsstörungen. Primär hätten bereits degenerative Veränderungen (Fersporn, abgeflachte Fussgewölbe, Os trigonum, beginnende Hallux valgus, talonaviculäre Ausziehungen, Tendinopathien der Achillessehne und ein rheumatologisch dokumentierter exzessiver Nikotinabusus von 50 Jahren) vorgelegen.

Das Ereignis vom 20. Dezember 2022 habe in der Zusammenschau der dokumentierten klinisch-radiologischen Befunde einer Prellung bzw. Quetschung ohne bleibende objektivierbare strukturelle Folgeschädigungen entsprochen, welche die anhaltenden Beschwerden unfallursächlich erklären könnten. Die Unfallfolgen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit drei bis vier Monate nach dem Ereignis keine Rolle mehr gespielt. Die darüber hinausgehenden medizinischen Befunde und chronischen Beschwerden seien am ehesten als krankhaft einzuordnen, mit einer vorbestehenden Fehl-/Überlastungsproblematik und allfälligen peripheren Durchblutungsstörungen. Auch seien hier im Hinblick auf die negativen sozialen Kontextfaktoren sonstige Überlagerungen zu diskutieren (Urk. 8/88).

E. 4.3

Diese Beurteilung von Dr. A.____, welche er in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgab, ist plausibel.

Nachdem im Rahmen der am 20. Dezember 2022 im Spital Z.____ und am 20. Januar 2023 im Stadtspital D.____ durchgeführten Röntgenuntersuchungen keine frische Fraktur festgestellt worden war (Urk. 8/28/1 und Urk. 8/39/5), zeigte die am 30.

Januar 2023 im Stadtspital D.____

vorgenommene CT-Untersuchung

eine nicht dislozierte Fraktur der Fibulaspitze Weber Typ A. Eine mögliche /fragliche Metatarsale II-Köpfchenfraktur war

in dieser CT-Untersuchung jedoch nicht ersichtlich (vgl. Urk. 8/42). Weshalb med. pract . C.____ vom Stadtspital D.____ im Bericht vom 1. Februar 2023 gleichwohl eine entsprechende (Verdachts-)

Diagnose stellte (vgl. E. 3.2) , leuchtet nicht ein . In der Folge wurde die Diagnose - stellung von med. pract . C.____ von den Ärzten de r Universitätsklinik B.____ übernommen (Urk. 8/15/2) .

Bereits med. pract . C.____

hatte am 1. Februar 2023 jedoch darauf hingewiesen , dass die genannten Frakturen die massiven Schmerzen nicht erklären würden (vgl. E.

E. 5

Dr. A.____

legte in der Beurteilung vom 5. April 2023 dar, dass b ereits die Röntgenuntersuchungen vom 20. Dezember 2022 und vom 20. Januar 2023 sowie

das CT vom 30. Januar 2023 bei einem abgeflachten Längsgewölbe einen dorsalen Fersensporn als Hinweis auf eine chronische Fehl-/Überbelastungs - problematik und einen Reizzustand des Fusses gezeigt hätten .

Im Weiteren seien ein älteres, abgerundetes Ossikel im Bereich de s Talonavikulargelenks

sowie kleine knöcherne Ausziehungen der distalen Tibiavorderkante und des TMT I - Gelenks im Sinne älterer Veränderungen zur Darstellung gelangt . Dazu passend habe das MRT arthrotische subchondrale (Resorptions-)Zysten talonavicular

und im Bereich der

TNT I + II-Gelenke und eine Tendinopathie der Achilles- und Peroneus

brevis -Sehnen gezeigt. Bei der Notfallvorstellung im Spital Z.____ seien

oberflächige Prellmarken (mit Hautabschürfungen, einer Schwellung

und einem blassen Hämatom) am distalen Unterschenkel und eine medial betonte

Druckdolenz festgestellt worden. Ansons ten seien

das Sprunggelenk und das sonstige Fuss skelett druckschmerzfrei gewe sen.

In den primären Röntgen- Bildgebungen seien

keine Hinweise auf ein e frische knöcherne Verletzung oder auf auffallende

Weichteilschatten

vorhanden gewesen . Eine allfällige ange - nommene knöcherne Avulsion zum CT im Bereich

des Aussenknöchels ohne eine primäre (Druck-)Schmerzsymptomatik oder bildgebend e relevante Weichteil - schwellung ebenda habe konventionell radiologisch und im MRT vom 10. Feb - ruar

2023 kein entsprechendes erkennbares frakturbezogenes Korrelat gezeigt . Die sekundär ausgeweiteten, protrahierten Beschwerden ohne

objektiven Hinweis auf ein florides CRPS könnten unfallursächlich nicht erklärt werden. Da der Beschwerdeführer noch über prolongierte Beschwerden klag e, sei jedoch

eine klinisch-radiologische Verlaufskontrolle des Lokalbefundes mit

einer allfälligen Wiederholung des Fuss-MRI bzw. g egeben en falls

mit einem SPECT-CT zur weiteren

D ifferentialdiagnose -Befundeinordnung sinnvoll (Urk. 8/46/1-2). 3.

E. 6

Die Ärzte des Fusszentrums der Universitätsklinik B.____ führten im Sprech stundenb ericht vom 19. April 2023 zuhanden des Stadtsipitals D.____ aus, dass d urch das Tragen der Carbonsohle eine leichte Schmerzreduktion habe erreicht

werden können. Es werde empfohlen, diese weiterzutragen. Ebenso sei die Weiterführung der Physiotherapie zu empfehlen . Aktuell seien die Therapie - möglichkeiten bei weiterhin bestehendem Verdacht auf ein CRPS limi tiert . Der Vorschlag der Therapie in der Akutsomatik

werde unterstützt. Die weitere

Be - handlung werde

von den Kollegen der Rheumatologie durchgeführt . Der Be - schwerdeführer sei aufgrund der

Schmerzen und des Funktionsverlustes stark belastet (Urk. 8/63/3). 3.

E. 7

Im Sprechstundenbericht vom 25. Mai 2023 legten die Ärzte des Fusszentrums der Universitätsklinik B.____ zuhanden des Stadtsipitals D.____ dar, dass sich im gleichentags durchgeführte n MRI OSG/ Rückfuss rechts im Verlauf ein regredientes Knochenmarködem der distalen Tibia und Fibula mit residuell klei nem Restbefund gezeigt habe. Neu würden sich fleckige Knochenmarködeme in den Mittelfussknochen mit unspezifischem Verteilungsmuster und teils ohne Ge lenkbezug zeigen. Es läge unverändert eine leichte Tendinopathie der Achilles sehne, der Peronealsehnen und der Tibialis posterior -Sehne vor.

Der Beschwer deführer leide

an einer Instabilität des rechten OSG mit einem leichten

ventralen Impingement und einer Mobilitätseinschränkung. Zunächst sei die Weiterfüh - rung der

konservativen Therapie besprochen w orden .

Dem Beschwerdeführer werde ein stationärer Aufenthalt im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie empfohlen (Urk. 8/83/3). 3.

E. 8

Nachdem Dr. A.____ am 31. Mai 2023

bei der Universitätsklinik B.____

die Durchführung einer weiteren MRI-Verlaufskontrolle des rechten OSG / rechten Fußes in Auftrag gegeben hatte (Urk. 8/84), erklärte PD Dr. med. F.____, Leitender Arzt der Abteilung für Radiologie der Universitätsklinik B.____, im Bericht vom 12. Juni 2023, dass sich im gleichentags durchgeführten MRI ein neu abgrenzbares, kräftiges fokales Knochenmarködem des Os naviculare an der Gelenkfläche zum

Os cuneiforme intermedium

gezeigt habe. Der Befund passe

zu einer ossären Stressreaktion und sei verdächtig hinsichtlich einer kleinen subchondralen Stressfraktur ohne Dislokation.

An der distalen Tibia und Fibula würden die leichten residuellen T2-hyperintensen

Knochenmarkveränderungen zu geringen vaskulären Veränderungen passen. Hier bestehe kein eindeutiges

traumaassoziiertes Residuum.

Gegenüber der Voruntersuchung lägen

regrediente und noch minimal abgrenzbare Knochenmarködeme im

Os cuneiforme intermedium und proximalen MT II vor (Urk. 8/87/3). 3.

E. 9

Dr. med. G.____, Assistenzarzt am Fußzentrum der Universitätsklinik B.____, erklärte in der Stellungnahme vom 25. Juli 2023, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall vom 20. Dezember 2022 keine Probleme mit seinem rechten Unterschenkel/Fuß rechts

gehabt

habe (Urk. 8/123). 4.

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