

AR_GERICHTE OG O3V-19-24 vom 10. Mai 2020

AR Gerichte, 2020-05-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-19-24

FR: AR_GERICHTE OG O3V-19-24 du 10 mai 2020

IT: AR_GERICHTE OG O3V-19-24 del 10 maggio 2020

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Zirkular-Urteil vom 10. Mai 2020
Mitwirkende Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter
H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider Obergerichtsschreiber M. Giger V

Erwägungen

E. 1

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Seite 4 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

E. 2.1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem der Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2.2

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 die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94). Bei organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität, weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 122 V 417 E. 2c

mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 E. 2.1).

E. 2.3

Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegegenseitigt worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Angesichts des Gesagten sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten sind nicht unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

E. 2.4

Nach Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 456 E. 4b S. 457; 118 V 293 E. 2d S. 297; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296 f; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4).

E. 2.5

Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil 8C_506/2008 vom 5. März 2009 E. 3.1 mit Hinweisen). Seite 6

E. 3

Oktober 2016. Laut Dr. M. _____ habe die MRT des rechten OSG vom 17. Juli 2018 einen Normalbefund ergeben. Insbesondere habe sich keine Bandverletzung oder Narbe nach Verletzung gezeigt, weder im Bereich der vorderen Syndesmose noch im Bereich der Seitenbänder. Diese Feststellung stehe im Gegensatz zur klinischen Diagnose des Spital D. _____, das in seinem Bericht vom 9. August 2018 den Verdacht auf ein syndesmotisches Impingement im OSG erhoben habe. Da es sich bei der Fussdistorsion rechts am 3. Oktober 2016 um ein erhebliches Trauma mit einem temporären Knochenmarködem gehandelt habe, sei anzunehmen, dass es auch zu einer Läsion der vorderen Syndesmose gekommen sei. Die im weiteren Verlauf entstandene Vernarbung der vorderen Syndesmose habe überwiegend wahrscheinlich zu der sich klinisch manifestierenden Impingementproblematik im Sinne einer Spätfolge Seite 13 des Unfalls vom 3.10.2016 geführt. Die vordere Syndesmose sei überwuchert gewesen mit Kontakt zur lateralen Taluskante bei Bewegungen im OSG. Soweit im Übrigen Dr. I. _____ argumentiere, eine Verletzung der vorderen Syndesmose, die zu einer narbigen Ausheilung führt, würde mit einer Blutung einhergehen, sei festzuhalten, dass die erste Bildgebung erst knapp vier Wochen nach dem Unfallereignis durchgeführt worden sei. In dieser Zeitspanne sei eine weitgehende Resorption des Hämatoms zu erwarten (act. 12.6).

E. 3.1

a) Am 17. November 2016 wurde durch den Radiologen Dr. J. _____ ein MRT des rechten OSG durchgeführt. Der Befund lautete: Leichte Signalstörung im kaudalen lateralen Anteil des Talus im Bereiche des talonavikulären Gelenkes bzw. kaudal zum Calcaneus hin, im Sinne eines lokalen, nicht mehr frischen Bone bruise mit auch leichter Signalstörung im talokalkanearen Bandapparat in dieser Region, im Sinne einer durchgemachten Distorsion bzw. einer posttraumatischen Läsion. Leichte Entrundung der Gelenksfläche in dieser Region. Die übrigen ossären Strukturen im Rückfuss/OSG- Bereich seien normal. Mässige Peritendinose um die Peroneus brevis-Sehne herum, welche im inframalleolären Verlauf eine leichte Signalsteigerung aufweise, jedoch kontinuierlicherhalten dargestellt sei (act. 9.80).

b) Dr. K. _____ von der Orthopädie L. _____ diagnostizierte am 2. Dezember 2016 einen Status nach Chopart-Distorsion mit Bone bruise talonavicular medial betont rechts. Es bestünden persistierende Schmerzen vor allem bei Belastung, aktuell werde noch eine Sprunggelenksorthese getragen. Derzeit liege nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (act. 9.13).

c) In der Sprechstunde bei Dr. K. _____ vom 10. Januar 2017 berichtete der Versicherte tendenziell über eine Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik. Um Neujahr herum habe er sechs Stunden am Stück gehen müssen, seitdem bestünden verstärkt wieder Schmerzen. Es wurde eine Infiltration des Sinus tarsi bzw. des distalen Subtalargelenkes mit Kenacort-Zusatz vereinbart, welche am 16. Januar 2017 durchgeführt wurde (act. 9.19; act. 9.21).

d) Der Telefonnotiz der Versicherung B. _____ vom 27. Januar 2017 ist zu entnehmen, dass der Versicherte die Arbeit am 23. Januar 2017 wieder zu 100 % aufgenommen habe. Da es jedoch keine Arbeit gegeben habe, habe er nicht arbeiten gehen müssen (act. 9.24).

e) In seinem Bericht vom 22. Februar 2017 betreffend die letzte Sprechstunde führte Dr. K. _____ aus, die Beschwerden seien durch die Infiltration deutlich reduziert. Es sei noch eine

MalleoTrain-Bandage abgegeben worden, damit die Propriozeptionsfähigkeit des Fusses etwas unterstützt werden könne. Der Patient habe die Physiotherapie wie- der aufgenommen. Man sei so verblieben, dass sich der Patient wieder melde, falls die Beschwerden wider Erwarten stärker werden sollten (act. 9.26). Seite 7

f) Nachdem der Beschwerdeführer am 1. Mai 2017 gegenüber Dr. K. _____ über Restbeschwerden geklagt und um eine Wiederholung der Spritze gebeten hatte, erfolgte an jenem Tag eine erneute ambulante Infiltration (act. 9.29).

g) Am 13. Juni 2017 berichtete Dr. K. _____, die letzte Infiltration habe keine grossartige Wirkung gezeigt. Es bestehe ein verzögerter Verlauf nach der Fussverletzung. Der Patient sei für ein Verlaufs-MRI angemeldet worden, damit der Heilungsprozess des Cho- part- und Subtalargelenks objektiviert werden könne (act. 9.33).

h) In seiner Beurteilung vom 17. Juni 2017 betreffend das MRI OSG rechts vom 9. Juni 2017 führte Dr. K. _____ aus, letzteres zeige eine völlige Regredienz des Knochenmarködems im Bereich des Talus. Das vermeintliche Ganglion sei sehr klein und seiner Meinung nach nicht entscheidend für die Beschwerdesymptomatik. Er deute die Restbeschwerden als Anpassungsschmerzen nach der längeren Schonung des Fusses. Der Beschwerdeführer habe noch Physiotherapie. Es werde noch eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen bescheinigt. Danach sollte die Arbeitsfähigkeit auf 100 % angehoben werden können (act. 9.35; act. 9.81).

E. 3.2

a) Rund ein Jahr danach stellte das Spital D. _____, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am 12. Juli 2018 die Diagnose Verdacht auf syndesmotisches Impingement bzw. Affektion des Basset-Ligaments rechtsseitig nach OSG-Distorsion im Oktober 2016. Beim Status wurde beschrieben, die Inspektion sei unauffällig. Kein Hinweis für eine zugrundliegende begleitende Rückfussdeformität, insbesondere kein Hinweis für einen Rückfussvarus. Die Funktionsprüfung zeige stabile ligamentäre Verhältnisse ohne Hinweise für einen höhergradigen Talusvorschub oder eine vermehrte laterale Aufklappbarkeit des rechten OSG im Seitenvergleich. Druckschmerz über dem Verlauf der vorderen Syndesmose. Die Syndesmosentests mit Cotton- und Frick-Test, Squeeze-Test und Testung der sagittalen Stabilität der Syndesmose seien jedoch negativ. Die dorsale Kette zeige sich etwas verkürzt mit einem schwach positiven Silverskjöld-Test. Die Analyse der auswertigen Bildgebung mit MRT aus den Jahren 2016/17 zeigten im Verlauf eine vollständige Regredienz des ursprünglichen Knochenmarködems im Rückfussbereich beziehungsweise im Talus (act. 9.87).

b) Am 20. Juli 2018 diagnostizierte das Spital D. _____ eine unklare Schmerzsymptomatik im Bereich der vorderen Syndesmose rechtes antero-laterales OSG. Der leitende Arzt erörterte, der klinische Befund sei unverändert. Die Seite 8 Beschwerden hätten nicht spontan nachgelassen. Es zeige sich weiterhin ein gut lokalisierbarer Druckschmerz im Bereich der Unterkante der vorderen Syndesmose. Weniger Druckschmerz auch im Verlauf des LFTA rechtsseitig. Eine Instabilität könne weiterhin nicht festgestellt werden. Auch subjektiv klage der Patient über keinerlei Instabilitätszeichen. Der schriftliche Befundbericht der MRI-Untersuchung mit intraartikulärer Kontrastmittelgabe des rechten OSG vom 16. Juli 2018 beschreibe ein normales MR-Arthrogram des rechten OSG's ohne Nachweis einer osteochondralen Läsion. Auch zeige sich nach Angaben des befundenden Kollegen eine normale Syndesmose inkl. Basset-Ligament von max. 2mm Dicke. Des

Weiteren werde der mediale und laterale Bandapparat als normal beschrieben ohne Hinweise für eine Synovitis (act. 9.42; act. 9.44).

c) Am 9. August 2018 hielt das Spital D. _____ als Diagnose den Verdacht auf syndesmotisches Impingement OSG rechtsseitig bei MR-tomographischem Nachweis einer vollständigen LFTA-Ruptur fest. Es bestehe prinzipiell die Indikation zur operativen Rekonstruktion des vollständig rupturierten LFTAs. In der operativen Sitzung sollte zuvor eine Arthroskopie des OSG durchgeführt werden, um hier ein mögliches syndesmotisches Impingement diagnostizieren und behandeln zu können. Dies würde aus einer Reduzierung des inferioren Anteils der vorderen Syndesmose (Bassetligament) bestehen (act. 9.46).

d) Am 21. August 2018 erfolgte am Spital D. _____ eine OSG-Arthroskopie rechts mit Resektion des syndesmotischen Impingements, Exploration LFTA rechts. Im Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom 20. bis 22. August 2018 wurde ein syndesmotisches Impingement OSG rechtsseitig nach OSG-Distorsion diagnostiziert (act. 9.52). Im Operationsbericht finden sich folgende diagnostische Angaben: Kein Hinweis für osteochondrale Läsionen. Im Bereich des antero-lateralen Gutters zeigten sich deutliche Adhäsionen und Vernarbungen. Die vordere Syndesmose sei überwuchert. Dies passe zu der klinischen Diagnose eines syndesmotischen Impingements. Die laterale Taluskante habe dabei bei Bewegung des OSG Kontakt zu diesen Adhäsionen. Deshalb erfolge die vollständige Resektion des narbigen Konglomerats. Der Verlauf der vorderen Syndesmose werde respektiert. Die weitere Inspektion des OSG sei unauffällig (act. 9.53).

e) In seiner Stellungnahme vom 27. August 2018 hielt Kreisarzt Dr. M. _____ fest, die Operation vom 21. August 2018 sei explizit ohne Nachweis irgendeiner Schädigung und schon gar nicht aufgrund von Unfallfolgen des Ereignisses vom 3. Oktober 2016 erfolgt, Seite 9 nach Ausschluss von unfallkausalen Schäden durch das MRT. Beschwerden und Behandlungen inkl. Operation im Jahr 2018 seien nicht unfallkausal (act. 9.54).

f) Im Spital D. _____-Untersuchungsbericht vom 6. September 2018 äusserte sich der leitende Arzt dahingehend, aus seiner Sicht stehe der vorliegende Fall ganz klar in einem deutlichen Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis vom 3. Oktober 2016. Sowohl die Klinik als auch Bildgebung als auch der intraoperative Befund bestätigten die Diagnose eines syndesmotischen Impingements, welches klassischerweise postoperativ nach einer Distorsion und kapsuloligamentären Verletzung des OSG auftrete (act. 9.58).

g) In einer neuerlichen Kurzbeurteilung vom 7. September 2018 legte Dr. M. _____ dar, der MRT-Befund des OSG rechts vom 17. Juli 2018 dokumentiere einen Normalbefund, insbesondere keine Bandverletzung oder Narbe nach Verletzung, weder vordere Syndesmose noch im Bereich der lateralen Bänder. Deshalb ohne Nachweis von Unfallfolgen, wie beweisend im MRT 17. Juli 2018 dokumentiert, gebe es keine natürliche Kausalität zum Unfall vom 3. Oktober 2016 für die Beschwerden des Versicherten seit Juli 2018 und die Operation vom 21. August 2018 (act. 9.59).

h) In der Stellungnahme des Versicherung F. _____-Vertrauensarztes, welche in der Einsprache des Krankenversicherers integriert ist, wurde ausgeführt, die Untersuchungsbefunde sprächen von Anfang an für ein Distorsionstrauma im rechten Fuss. Auch wenn anfänglich der Fokus auf dem Chopart-Gelenk gelegen habe, so schliesse dies eine Distorsion des Sprunggelenks nicht aus, ja es sei eher schwer vorstellbar, wie lediglich das Chopart-Gelenk torquiert werden sollte und dabei das Sprunggelenk nicht betroffen sei. Ein MRI posttraumatisch belege die Distorsion durch den Bone bruise

(Knochenmarksignal). Im Operationsbericht des Spital D. _____ würden deutliche Adhäsionen und Vernarbungen beschrieben. Die vordere Syndesmose sei überwuchert gewesen. Dies müsse mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Ursache des syndesmotischen Impingements im OSG gesehen werden. Die Argumentation des Kreisarztes sei nicht nachvollziehbar. Auch wenn im MRI keine frischen Verletzungen sichtbar gewesen seien, müsse er sich doch fragen, woher die Beschwerden beim Versicherten stammten. Der Operationsbericht zeige deutlich die Veränderungen im OSG, wie sie typischerweise nach einem Distorsionstrauma auftreten können. Bei den im Rahmen der Operation festgestellten Adhäsionen und Vernarbungen sowie der überwucherten Syndesmose – welche die Ursache für die andauernden und wiederaufgetretenen Schmerzen darstellten – handle es sich eindeutig um Unfallfolgen (act. 9.70).

Seite 10 i) In seiner Beurteilung vom 9. Januar 2019 hielt Dr. M. _____ fest, zusammenfassend unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Unterlagen, Berichte, Befunde sowie seiner persönlichen Analyse und Befundung der drei MRTs habe der Unfall vom

E. 4.1

Die Versicherung B. _____ erwog, Dr. I. _____ und Dr. M. _____ hätten eingehend und nachvollziehbar dargelegt, weshalb es anlässlich des Unfalls vom 3. Oktober 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner Distorsion des rechten OSG mit einer Schädigung des lateralen Kapsel-Band-Apparats des OSG oder einer Verletzung der vorderen Syndesmose gekommen sei. Demgemäss seien die vom Spital D. _____ beschriebenen Vernarbungen und Überwucherungen an der Syndesmose nicht auf den Unfall vom 3. Oktober 2016 zurückzuführen. Der Abschluss der unfallkausalen Behandlung mit letztmaliger Physiotherapie sei vorliegend im August 2017 erfolgt. Anschliessend seien während der Dauer von nahezu einem Jahr keine Beschwerden dokumentiert worden und es hätten keine Brückensymptome vorgelegen. Mithin gälten die Unfallfolgen spätestens per 30. August 2017 als ausgeheilt. Entsprechend entfalle eine Leistungspflicht der Versicherung B. _____ für die nach August 2017 geklagten Beschwerden.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer hält dafür, das Verfahren betreffend das Ereignis vom 3. Oktober 2016 sei gar nie formell abgeschlossen worden. Sodann könnten Brückensymptome auch anerkannt werden, wenn der Versicherte nicht durchgehend in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe einige Monate nicht in seiner üblichen körperlich anstrengenden Tätigkeit auf dem Bau gearbeitet, sondern im Rahmen des Zivildienstes im Büro. Die Beschwerden seien nie komplett weg gewesen. Er habe ausserdem zuhause physiotherapeutische Übungen durchgeführt. Im Übrigen sei die Argumentation, der Unfall vom 3. Oktober 2016 habe bloss Schädigungen im Bereich der rechten Fusswurzel bewirkt und keine strukturelle Verletzung im Bereich des rechten OSG, nicht nachvollziehbar. Dr. H. _____ habe ausführlich beschrieben, dass es sich bei der Fussdistorsion um ein erhebliches Trauma gehandelt habe, weshalb es als überwiegend wahrscheinlich angesehen werden könne, dass es auch zu einer Läsion der vorderen Syndesmose gekommen sei. Im Verlauf sei es deshalb zur Vernarbung und der sich klinisch manifestierenden Impingementproblematik gekommen. Gesamthaft habe die Versicherung B. _____ den Wegfall der Kausalität nicht bewiesen und sie sei nach wie vor leistungspflichtig. Seite 14

E. 5

Oktober 2016 regelmässig in ärztlicher Behandlung bei seinem damaligen Hausarzt Dr. O. _____ (vgl. die einzelnen Behandlungseinträge in act. 9.110). Dieser dokumentierte für die auf den Unfall folgenden Monate eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act.

E. 5.1

Ein Rückfall im Sinne des Unfallversicherungsrechts liegt vor, wenn der (Grund-)Fall zunächst abgeschlossen werden konnte, sei es mit oder ohne Zusprechung einer Rente (RKUV 2006 Nr. U 570 S. 74, U 357/04 E. 1.5.2). Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4 S. 417; Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts 8C_102/2008 vom 26. September 2008 und 8C_433/2007 vom 26. August 2008).

E. 5.2

a) Der Beschwerdeführer weist grundsätzlich zutreffend darauf hin, dass die Versicherung B. _____ das Dossier für den ursprünglich gemeldeten Unfall vom 3. Oktober 2016 zunächst nicht formell abgeschlossen hatte. Erst nach Eingang der Rückfallmeldung im Juli 2018 teilte die Versicherung B. _____ dem Versicherten am 28. August 2018 mit, dass sie die Kosten für den Unfall vom 3. Oktober 2016 bis und mit 31. Mai 2017 übernehme, derweil die Beschwerden ab Juni 2017 nicht mehr unfallkausal seien (act. 9.56).

Seite 15 b) Zur Klärung der Frage, ob man es hier noch mit dem Grundfall oder mit einem Rückfall zu tun hat bzw. ob im vorliegenden Fall Brückensymptome vorliegen (vgl. oben E. 4.1), ist zunächst eingehend zu prüfen, wie sich die Beschwerdesituation beim Versicherten ab dem Unfall vom 3. Oktober 2016 entwickelt hat. Im Anschluss an jenen Vorfall, bei welchem der Beschwerdeführer mit dem Fuss abgeknickt war, stand jener ab dem

E. 7

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist festzustellen, dass es dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren nicht gelingt, den Nachweis zu erbringen, dass die mit Rückfallmeldung vom 27. Juli 2018 geltend gemachten Beschwerden im Bereich des OSG mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Oktober 2016 zurückzuführen sind. Entsprechend hat die Versicherung B. _____ ihre Leistungspflicht für die fraglichen Beschwerden zu Recht verneint.

E. 8

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG; SR 830.1). Dem unterliegenden Beschwerdeführer steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Für die Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Vorinstanz fehlt eine gesetzliche Grundlage (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Seite 22 3. Aufl. 2015, N. 199 zu Art. 61 ATSG; SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 zu Art. 61 ATSG).

Seite 23 Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwältin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

lic. iur. Walter Kobler Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 15. Mai 2020

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