

BL_GERICHTE 725 16 380 / 36 vom 22. Dezember 2014

BL Gerichte, 2014-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_16_380___36

FR: BL_GERICHTE 725 16 380 / 36 du 22 décembre 2014

IT: BL_GERICHTE 725 16 380 / 36 del 22 dicembre 2014

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in F.____(BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 10. November 2016 ist demnach einzutreten.

E. 2

Strittig und zu prüfen ist, ob die vom Versicherten im April 2016 gemeldeten Beschwerden an der Achillessehne auf das Unfallereignis vom 4. September 2013 zurückgeführt werden können. 3.1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. 3.1.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 119 V 337 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 119 V 338 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

3.2.1 Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3.2.2 Bei der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall und bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1, M 1/02 E. 1.2; RKUV 1997 Nr. U 275 S. 188, U 93/96, E. 1c am Ende; Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2009, 8C_179/2009, E. 2.1).

3.2.3 Im April 2016 teilte der Versicherte der Beschwerdegegnerin mit, dass er weiterhin unter Schmerzen am rechten Fuss leide und deshalb im Spital B._____ in Behandlung stehe. Die Helsana nahm diese Mitteilung als Rückfallmeldung zum Unfall vom 4. September 2013 entgegen und prüfte ihre Leistungspflicht unter diesem Titel. Dabei stellte sie sich auf den Standpunkt, dass sie den Grundfall mit rechtskräftiger Verfügung vom 22. Dezember 2014 abgeschlossen habe. Ein Blick auf diese Verfügung zeigt jedoch, dass diese nicht wegen den Beschwerden in der Achillessehne erlassen wurde, sondern aufgrund eines vom Beschwerdeführer seit Sommer 2014 geklagten chronischen rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms (vgl. Berichte des Spitals B._____ vom 14. August 2014 und 12. September 2014). In der Fallvorlage an den Vertrauensarzt Prof. Dr. E._____ vom 18. Dezember 2014 bemerkte die Beschwerdegegnerin denn auch, dass gemäss den neuesten ärztlichen Berichten die

Beschwerden in der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht auf den Unfall vom 4. September 2013 zurückzuführen seien. Prof. Dr. E. ____ führte sodann aus, dass in der ärztlichen Dokumentation an keiner Stelle ein Hinweis zu entnehmen sei, wonach das rezidivierende Lumbovertebralsyndrom in einem Zusammenhang mit der im September 2013 erlittenen Fussverletzung stehe. Im MRI vom 12. September 2014 werde eine Diskushernie aufgrund einer degenerativen Veränderung dargestellt, weshalb die Leistungspflicht zu verneinen sei. Gestützt auf diese Ausführungen erging die Verfügung vom 22. Dezember 2014, wonach die natürliche Kausalzusammenhang ab dem 8. September 2014 (Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung im Spital B. ____ betreffend die Rückenbeschwerden; vgl. Bericht vom 12. September 2014) nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei. Damit bezieht sich die Verfügung vom 22. Dezember 2014 nicht auf die Problematik der Achillessehne. Diesbezüglich finden sich keine eindeutigen Belege, die einen Fallabschluss nahe legen würden. Ob unter diesen Umständen die im April 2016 geltend gemachten Beschwerden im rechten Fuss unter dem Titel eines Rückfalls oder als Grundfall - mit den entsprechenden beweisrechtlichen Konsequenzen - zu behandeln sind, kann jedoch aufgrund der unten unter Erwägung 6 gemachten Ausführungen offenbleiben.

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen

vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). 5.1 In den Akten finden sich die folgenden relevanten medizinischen Unterlagen: 5.2 Gemäss den Angaben im Bericht von Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 14. Oktober 2013 erlitt der Beschwerdeführer am 4. September 2013 beim Fussballspiel einen heftigen Schlag an die rechte Ferse/Achillessehnenregion. Dr. G.____ diagnostizierte eine Quetschverletzung des hinteren Unterschenkels rechts, insbesondere im Bereich der Achillessehne, mit protrahiertem Verlauf. Der Befund lautete auf eine Schwellung und Druckdolenz im unteren Unterschenkelbereich rechts mit einer Bewegungs- und Belastungsdolenz. 5.3 Im Bericht des Spitals B.____ vom 12. Februar 2014 wurden (1) eine chronische Insertionstendinopathie der Achillessehne rechts bei Kontusionstrauma am 4. September 2013, (2) ein intermittierendes Femoropatellarsyndrom rechts, (3) ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom und (4) eine Polyallergie genannt. Pract. med. C.____ objektivierte eine deutliche Druckdolenz über dem Sehnenansatz der rechten Achillessehne medial betont ohne palpable Schwellung, Überwärmung oder Rötung. Der Versicherte leide an einer chronifizierten Achillodynie rechts mit einer Insertionstendinopathie am Kalkaneus. 5.4 Am 14. August 2014 wiederholte pract. med. C.____ die am 12. Februar 2014 bekannten Diagnosen. Weiter hielt er fest, dass die chronische Insertionstendinopathie der Achillessehne rechts bei degenerativ veränderter Sehne und kleiner Neobursa über dem lateralen Aspekt ultra-sonographisch sich habe bestätigen lassen. Konventionell-radiologisch fänden sich über dem Kalkaneus kleine Knochensporne bei sonst unauffälliger Knochenstruktur. Da mittels ambulanter Physiotherapie nur eine leichte Besserung der Beschwerdesymptomatik habe erreicht werden können, sei am 5. Mai 2014 eine lokale Steroidinfiltration durchgeführt worden. Diese habe zu einer raschen Besserung der Beschwerden geführt, welche zwei Monate angehalten habe. Aktuell berichte der Versicherte nur noch über leichte Beschwerden. 5.5 Pract. med. C.____ diagnostizierte am 25. April 2016 (1) eine chronische Tendinopathie der Achillessehne rechts mit/bei Kontusionstrauma am 4. September 2013, chronischer Insertionstendinopathie bei degenerativ veränderter Sehne und kleiner Neobursa über lateralem Aspekt (Sonographie vom 4. Februar 2014), Nicht-Insertions-Tendinose ohne pathologischer Vaskularisation mit kleiner kurzstreckiger Partiaalläsion im medialen anterioren Bündel, wenig Flüssigkeit in der Bursa (Sonographie vom 13. April 2016), Status nach erfolgreicher lokaler Steroidinfiltration am 5. Mai 2014 und 21. Januar 2015, akute Schmerzexazerbation seit dem 17. April 2016 mit Steroidinfiltration am 20. April 2014 und Status nach erfolgloser Stosswellentherapie, (2) ein chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom und (3) eine Polyallergie. Er führte aus, dass der Beschwerdeführer im Verlauf praktisch beschwerdefrei gewesen sei und sich die Symptomatik bis zum 13. April 2016 verbessert habe. Nunmehr beklage er massive eher zunehmende Schmerzen im Bereich der Achillessehne, weshalb das Gehen äusserst schmerzhaft sei. Klinisch fänden sich wieder eine Rötung sowie eine massive Druckdolenz im Bereich des Sehnenansatzes lateral. Wegen der chronisch rezidivierenden Tendinopathie an der Achillessehne rechtseitig mit aktuell einer Ansatzendinose am lateralen Kalkaneusansatz überwies pract. med. C.____ den Versicherten an Dr. D.____ für eine fussorthopädische Beurteilung. 5.6 Dr. D.____ hielt in seinem Bericht vom 30. April 2016 fest, dass der Beschwerdeführer an einer Insertionstendinopathie der Achillessehne rechts mit/bei Kontusionstrauma am 4. September 2013, Haglund-Extose und Verdacht auf Bursitis subachillea, sonographisch nachgewiesen Partiaalläsion anteriomediales Bündel,

Insertionstendinose, Tendinopathie und Tendinose, Status nach 4-maliger Steroid-Infiltration, Status nach langzeitiger Physiotherapie und Status nach erfolgloser Stosswellentherapie leide. Klinisch bestehe eine starke Druckdolenz in der gesamten Achillessehneninsertion und über der Haglund-Exostose. Es zeige sich ein deutlich verbreitertes plantares Fettpolster mit mediallyseits deutlicher Hautverfärbung und Rötung. Die Achillessehne sei durchgängig palpabel und im Mid-Portion Bereich indolent. Der Zehenstand sei nur unter Schmerzen möglich. In der Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, dass insgesamt eine erfolglose langjährige Therapie durchgeführt worden sei. Etwas auffällig sei der Zusammenhang der direkten Kontusion mit den nachfolgenden, chronischen Achillessehnenveränderungen. Zweifellos gebe es nur noch wenig konservative Alternativen, wobei die Röntgenstrahlentherapie keine Option darstelle. Damit steige das Rupturrisiko der Achillessehne, welches bei nun bereits 4-maliger Kortisoninfiltration bereits deutlich erhöht sei. So bleibe nur noch eine chirurgische Therapie, welche jedoch gut gewählt werden müsse. Aus diesem Grund habe er ein MRI veranlasst. 5.7 Im MRI-Bericht des Spitals B.____ vom 11. Mai 2016 wurde eine kleine Haglund-Exostose bzw. ein intratendinöser Sporn mit Insertionstendinopathie mit begleiteter diskreter Bursitis subachillea genannt. Weiter bestünden auch eine kleine Partialruptur im lateralen Ansatzbereich der Achillessehne und Zeichen einer deutlichen chronischen Tendinitis. 5.8 In der Folge hielt Dr. D.____ am 19. Mai 2016 fest, dass das MRI eine Teilruptur der Achillessehne insertionsnahe, welche circa 50% des Querschnittes einnehme, eine tendinopathisch veränderte Sehne, einen intratendinösen Knochensporn und eine leichte Haglund-Exostose mit retroachillären Entzündungszeichen zeige. In der Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, dass aufgrund der Situation der Teilruptur nunmehr eine konservative Therapie im Künzli Hintereinsteig-Schuh mit 30° für 6 Wochen, einer ambulanten Physiotherapie und einer Stosswellentherapie durchgeführt würden. 5.9 Die Beschwerdegegnerin unterbreitete die vorhandenen medizinischen Berichte ihrem beratenden Arzt Prof. Dr. E.____. Dieser bezeichnete am 25. Mai 2016 den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. September 2013 und den im April 2016 geäußerten Beschwerden als möglich. Zur Begründung gab er an, dass das Lumbovertebralsyndrom nicht auf den Unfall vom 4. September 2013 zurückzuführen sei. In Bezug auf die chronische Insertionstendinopathie der rechten Achillessehne habe bereits eine Sonographie vom 6. Februar 2014 ergeben, dass krankheitsbedingte Veränderungen mit multiplen Usuren am Kalkaneus vorlägen. Am 20. April 2016 habe wegen starker Schmerzen nochmals eine Kortisoninfiltration vorgenommen werden müssen. Insgesamt handle es sich um eine Achillodynie, die nicht traumatisch bedingt sei. Diese Aussagen bestätigte Prof. Dr. E.____ am 22. Juni 2016 im Rahmen des Einspracheverfahrens. Ergänzend hielt er fest, dass im MRI vom 11. Mai 2016 die gesamte Achillessehne im Sinne einer chronischen Tendinitis verdickt erscheine. Diese beginne unmittelbar angrenzend an den dorsalen Fersensporn. Ferner werde eine kleine Partialruptur lateralseits erwähnt. 5.10 In der Folge nannte pract. med. C.____ am 29. Juni 2016 die bereits bekannten Diagnosen und führte aus, dass aus rheumatologischer Sicht die chronifizierte Achillodynie eine Folge des Unfallereignisses vom 4. September 2013 sei, weshalb der Kausalzusammenhang zu bejahen sei. Es sei unbestritten, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis an der Achillessehne beschwerdefrei gewesen sei. Die Beschwerdesymptomatik habe mit dem Unfallereignis begonnen, wobei auch eindeutige Befunde hätten objektiviert werden können. Die zwischenzeitlichen Besserungen des Zustandes seien jeweils auf Steroidinfiltrationen zurückzuführen, was auch zeitlich gut

nachvollziehbar sei. Das initial akute Beschwerdebild habe sich leider chronifiziert und sei bisher therapierefraktär. Dies sei auch dem aktuellen MRI-Bericht vom 11. Mai 2016 zu entnehmen, welcher eine Insertionstendinopathie mit begleiteter Bursitis subachillär nenne. Weiter zeige sich genau da, wo die Kontusion stattgefunden habe, nämlich im lateralen Ansatzbereich der Achillessehne, eine kleine Partialruptur. 5.11 Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. D. ____ vom 21. November 2016 ein. Diesem ist zu entnehmen, dass die anfangs Mai 2016 erhobenen Befunde ebenso wie die Unfallursache gut zur im MRI beschriebenen Diagnose einer Achillessehnenpartialruptur passen würden. Leider hätten alle konservativen Therapiemassnahmen keine Besserung gezeigt, deshalb sei nun eine Verlaufs-MRI durchgeführt worden. Diese zeige eine deutliche Zunahme und es müsse zwischenzeitlich von einer hochgradigen Teilruptur gesprochen werden. Diese Zunahme könne durchaus auch durch die vorgängig erfolgten Kortisoninfiltrationen bedingt sein. Selbstverständlich sei es so, dass man in vielen Fällen einer Achillessehnenruptur degenerative Faserveränderungen finden könne. Nichtsdestotrotz läge den Beschwerden des Versicherten ein einmaliges Ereignis zugrunde. Es sei deshalb unverständlich, weshalb die Unfallversicherung diese klar traumatische Problematik ablehne. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. November 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der vom Versicherten geltend gemachten ab April 2016 ärztlich behandelten Beschwerden vollumfänglich auf die Beurteilungen von Prof. Dr. E. ____ vom 25. Mai 2016 und 22. Juni 2016. Sie ging deshalb davon aus, dass sie eine Leistungspflicht für diese Beschwerden zu Recht verneint habe, da diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 4. September 2013 zurückzuführen seien. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 4.2 hiavor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). 6.2.1 Vorliegend ergeben sich Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen. So nimmt Prof. Dr. E. ____ keine eigentliche Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vor und seine Ausführungen sind äusserst knapp. Für ihn steht eine krankheitsbedingte Ursache der Schmerzen im Vordergrund, weshalb er die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers nur als möglich unfallkausal wertet. Allerdings setzt sich Prof. Dr. E. ____ mit den geltend gemachten Beschwerden und den eingereichten Arztberichten, welchen eine traumatische Ursache der Schmerzen zu entnehmen ist, nicht nachvollziehbar auseinander. Zudem erklärt er nur ungenügend, weshalb die Beschwerden nicht unfallkausal sein sollten, sondern stellt sich auf den Standpunkt, dass diese ihre Ursache in krankheitsbedingten Veränderungen hätten. Sein Hinweis auf eine Sonographie aus dem Jahr 2014 reicht jedenfalls nicht aus, um im vorliegenden Fall zu überzeugen. Weiter hat Prof. Dr. E. ____ den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht. Aufgrund des geschilderten Unfallhergangs und der heute geklagten Beschwerden bzw. der durch die bildgebenden Verfahren festgestellten Läsionen bestehen jedoch gewichtige Anhaltspunkte, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem Unfall gegeben ist. So geht Dr. D. ____ davon aus, dass die heute geklagten Schmerzen

in der Achillessehne auf den Unfall zurückzuführen und keine Folge von Krankheit seien. Somit liegen aber erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und demzufolge auch an der Zuverlässigkeit sowie der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen von Prof. Dr. E.____ vom 25. Mai 2016 und 22. Juni 2016 vor. Diesen kann demnach kein ausschlaggebender Beweiswert beigemessen werden. 6.2.2 Schliesslich ist festzustellen, dass auch die Berichte von Dr. D.____ und pract. med. C.,____ nicht als Entscheidungsgrundlage dienen können, entsprechen sie doch nicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an beweiskräftige Arztberichte. Dabei ist zu beachten, dass insbesondere Dr. D.____ die Kausalität der Beschwerden im Wesentlichen damit begründet, dass vor dem Unfall keine Beschwerden bestanden haben. Er legte seiner Argumentation somit die Formel "post hoc, ergo propter hoc" zu Grunde, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies ist jedoch nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts unzulässig (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). 6.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen von Prof. Dr. E.____ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.2 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf seine Feststellungen abgestellt werden. Da auch die übrigen ärztlichen Berichte keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage bilden, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage der Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden an der rechten Achillessehnen durch eine versicherungsexterne Ärzteschaft gutachterlich abklären zu lassen haben. Anschliessend hat sie gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 7

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten des Verfahrens werden wettgeschlagen.

E. 8

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E.

4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: *///*: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 8. November 2016 aufgehoben und die Sache an die Helsana Unfall AG zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung des Sachverhaltes im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfügt. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen

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