

BL_GERICHTE 725 20 398/175 vom 14. Mai 2013

BL Gerichte, 2013-05-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_20_398_175

FR: BL_GERICHTE 725 20 398/175 du 14 mai 2013

IT: BL_GERICHTE 725 20 398/175 del 14 maggio 2013

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 2

Die Vorinstanz sei zu verpflichten, rückwirkend ab November 2018 die gesetzlichen Leistungen bis auf Weiteres auszurichten.

E. 2.1

In der obligatorischen Unfallversicherung werden nach Art. 6 Abs. 1 UVG, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist und sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr 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 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 2.3

Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 mit Hinweis). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb).

E. 2.4

Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt. Dabei handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Rückfälle schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 3

Die Vorinstanz sei zu verpflichten, den medizinischen Sachverhalt weiter abzuklären und ein neutrales Gutachten in Auftrag zu geben, welches sich zur Kausalität der Rückenbeschwerden zum Unfallereignis, zum Endzustand und zu allfälligen bleibenden Einschränkungen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit äussert.

E. 3.1

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu

fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

E. 3.2

Da es sich beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung um eine leistungsbegründende Tatfrage handelt, liegt hierfür die Beweislast - im vorstehend umschriebenen Sinne - bei der versicherten Person.

E. 3.3

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 oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2016, 8C_592/2016, E. 2.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C_193/2014, E. 2 mit Hinweisen).

E. 4

Nach Abschluss der unfallbedingten Behandlung sowie bei Klarheit über die verbleibende Restarbeitsfähigkeit sei der Rentenanspruch neu zu berechnen und gegebenenfalls auszurichten. Dabei sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15% zu berücksichtigen.

E. 4.1

Zur Beurteilung medizinischer Sachverhalte (Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der versicherten Person, Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen schädigendem Ereignis und gesundheitlicher Störung) bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). 5. Als erstes ist zu prüfen, ob die Suva dem Beschwerdeführer für die von ihm ab Oktober/November 2018 geklagten Rückenbeschwerden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern zu erbringen hat.

E. 5

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.

E. 5.1

Die Suva verneint eine diesbezügliche Leistungspflicht mit der Begründung, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenschmerzen in keinem Zusammenhang zum Unfallereignis von 2010 stünden. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass der Versicherte gemäss seinen eigenen Angaben und laut der Hausärztin Dr. med. E. ____, Allgemeine Innere Medizin FMH, seit rund 20 Jahren unter Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und an der linken Hüfte leide. Zudem weist sie darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung des Unfallereignisses vom 11. Oktober 2010 radiologische Abklärungen der Wirbelsäule durchgeführt worden seien. In der damaligen Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule seien bereits eine leichte Segmentdegeneration C5/6 und leichte Facettengelenksarthrosen tiefcervical ersichtlich gewesen. Im CT der Lendenwirbelsäule seien keine unfallkausale strukturellen Läsionen ersichtlich gewesen, insbesondere habe sich auch kein Hinweis für eine Wirbelfraktur ergeben. Demgegenüber

hätten sich bereits damals eine mehrsegmentale Spondylosis deformans und bilaterale Facettengelenksarthrosen gezeigt. Dass die Rückenbeschwerden des Versicherten degenerativen Ursprungs sind, wird sodann auch durch den Radiologie-Rapport des Spitals F.____ vom 14. Juni 2019 bestätigt, wird darin doch unter anderem von multisegmentalen Diskusdegenerationen ab LWK 1/2 bis LWK 4/5 berichtet. Im Lichte der eigenen Angaben des Versicherten (vgl. die Aktennotiz der Suva vom 11. Februar 2019 über die Vorsprache des Versicherten am Schalter) und der geschilderten medizinischen Unterlagen ist deshalb die Beurteilung der Suva, wonach die geltend gemachten Rückenbeschwerden in keinem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 11. Oktober 2010 stehen, klarerweise nicht zu beanstanden.

E. 5.2

In seiner Beschwerde bringt der Versicherte vor, er habe am 9. November 2018 bei der Arbeit ein Verhebetauma erlitten. Seither leide er an sehr starken Rückenschmerzen, die aber auch in das linke Bein und die Hüfte ausstrahlen würden. Als Belege für diese Darstellung verweist er auf den Arztbericht des Spitals C.____ vom 16. Januar 2019, die Aktennotiz der Suva vom 11. Februar 2019 sowie die Arztzeugnisse von Dr. E.____ vom 27. Februar 2019 und 18. März 2019. Mit diesen Dokumenten lässt sich aber kein neues, am 9. November 2018 erlittenes Unfallereignis belegen. So wird im angeführten Bericht des Spitals C.____ lediglich festgehalten, dass der Versicherte parallel zu der dort laufenden Behandlung des Sprunggelenks bezüglich "eines nicht näher definierten Rückenleidens" in Behandlung im Spital F.____ sei. In der Aktennotiz der Suva vom 11. Februar 2019 über die Vorsprache des Versicherten am Schalter werden zwar anhaltende Rückenschmerzen seit dem 9. November 2019 genannt, ein angebliches Verhebetauma hat der Versicherte aber nicht erwähnt, vielmehr hat er offenbar erklärt, er habe die Arbeit aufgrund krankhafter Rückenschmerzen aussetzen müssen. Sodann ist im Schreiben der Hausärztin vom 27. Februar 2019 überhaupt nicht von Rückenschmerzen, sondern vielmehr von im Dezember 2018 vermehrt aufgetretenen Schmerzen im linken Bein die Rede. Im Schreiben vom 18. März 2019 wiederum erwähnt Dr. E.____ zwar seit November 2018 bestehende Rückenschmerzen, eine Ursache dafür nennt sie aber nicht. Auffallend ist im Übrigen auch, dass der Versicherte gegenüber der Suva ein am 9. November 2018 erlittenes Verhebetauma in den Monaten danach nie erwähnte. Erst mit Schreiben vom 22. Mai 2019 machte der Rechtsvertreter des Versicherten der Suva gegenüber geltend, sein Mandant sei bei der Arbeit auf dem Bau verunglückt, als er zusammen mit einem Polier einen Tisch geschleppt habe und dabei plötzlich ausgerutscht sei. Nur kurze Zeit später (anlässlich der kreisärztlichen Besprechung vom 5. Juni 2019) erklärte dann allerdings der Versicherte selber - abweichend von der Schilderung seines Rechtsvertreters - dass die langjährigen Rückenbeschwerden im Oktober 2018 während des Tragens von Fenstern erneut aufgetreten seien. Im Lichte der geschilderten medizinischen Aktenlage sowie der erst mehr als ein halbes Jahr nach dem angeblichen Ereignis erfolgten und zudem widersprüchlichen Darstellung des Versicherten ist nicht einzusehen, weshalb die Suva von einem die Rückenleiden auslösenden oder verschlimmernden, im November 2018 erlittenen Verhebetauma hätte ausgehen müssen, bzw. weshalb sie - entgegen der heute vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung - verpflichtet gewesen wäre, diesbezüglich weitere Sachverhaltsabklärungen zu treffen.

E. 5.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass es die Suva zu Recht abgelehnt hat, dem Versicherten im Zusammenhang mit seinem Rückenleiden Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und insbesondere die beantragte Ausrichtung von Taggeldern) zu erbringen. Die vorliegende Beschwerde erweist sich in diesem Punkt als unbegründet.

E. 6

Strittig ist im Weiteren, ob die Suva den medizinischen Sachverhalt bezüglich der vom Versicherten geklagten und auch medizinisch aktenkundigen Beschwerden im linken OSG genügend abgeklärt hat und ob sie im angefochtenen Einspracheentscheid bezüglich der Sprunggelenksbehandlung zu Recht von einem Endzustand ausgegangen ist.

E. 6.1

Wie im obigen Sachverhalt ausgeführt, ersuchten der Versicherte bzw. das Spital C.____ die Suva im Januar 2019 um Kostengutsprache für eine dort vorgesehene OSG-Arthroskopie mit anteriorem Débridement sowie partieller Metallentfernung OSG links. Die Suva nahm dieses Gesuch als Rückfallmeldung zum Unfall vom 11. Oktober 2010 entgegen und erteilte Kostengutsprache für die geplante Spitalbehandlung, worauf der Eingriff am 5. Februar 2020 durchgeführt wurde. Im Operationsbericht vom genannten Tag wurde als weitere Diagnose eine OSG-Arthrose links, differentialdiagnostisch posttraumatisch, festgehalten. Am 30. März 2019 berichtete das Spital C.____ im Zusammenhang mit dem erfolgten Eingriff von einem zufriedenstellenden Verlauf mit deutlicher Regredienz der Schwellung. Die behandelnden Ärzte empfahlen eine Vorstellung beim kreisärztlichen Dienst der Suva zur weiteren Abklärung der beruflichen Eingliederung. Gleichzeitig hielten sie fest, dass ein Wiedereinstieg als Bauarbeiter unwahrscheinlich sei. In einem weiteren Verlaufsbericht von Ende April 2019 bezeichnete das Spital C.____ die Situation wiederum als zufriedenstellend, die Schwellung sei regredient und die Schmerzen würden deutlich abnehmen. Die Beweglichkeit des OSG bleibe unverändert. 6.2.1 Am 8. Mai 2019 fand die durch die behandelnden Ärzte empfohlene kreisärztliche Untersuchung des Versicherten durch Dr. med. G.____, Fachärztin für Chirurgie, statt. In ihrem Bericht vom 9. Mai 2019 wies die Kreisärztin darauf hin, dass der Versicherte erhebliche Beschwerden nach der Metallentfernung im Bereich der distalen Tibia geschildert habe. Die Belastbarkeit des linken Beins habe deutlich abgenommen, es komme zu Unsicherheitsgefühlen und starken Schmerzen, vor allem nach Bewegung und Belastung. Da die vom Versicherten geklagten Beschwerden nicht vollumfänglich erklärbar seien, ersuchte Dr. G.____ die Administration der Suva, zunächst die perioperativen Röntgenbilder aus dem Spital C.____ anzufordern. Nach Vorlage der Bilder könne entschieden werden, ob gegebenenfalls eine CT-Untersuchung erforderlich sei, um eine straffe Pseudoarthrosenbildung auszuschliessen. Die Beurteilung der Unfallfolgen und deren Veränderung seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 17. April 2013 könne, so Dr. G.____ weiter, ohne die Röntgenbilder und gegebenenfalls eine weiterführende Diagnostik nicht vorgenommen werden. 6.2.2 In der Folge stellte die Administration der Suva der Kreisärztin lediglich das im Anschluss an das Unfallereignis vom 11. Oktober 2010 erstellte Bildmaterial zu. Wie ihrem Bericht vom 5. Juni 2019 zu entnehmen ist, sah Dr. G.____ durch dieses Bildmaterial zwar ihre Auffassung bestätigt, dass die vom Versicherten aktuell geklagten Rückenbeschwerden in keinem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 11. Oktober 2010 stünden. Bezüglich der Sprunggelenksbeschwerden konnte sie aus dem alten Bildmaterial jedoch keine Schlüsse ziehen und das von ihr angeforderte neue Material wurde ihr - soweit ersichtlich - offenbar

nicht vorgelegt. Entsprechend hielt die Kreisärztin in ihrem Bericht über die Besprechung vom 5. Juni 2019 fest, dass die vom Versicherten geschilderte Zunahme der Beschwerdesymptomatik nach der am 5. Februar 2019 erfolgten Entfernung des Osteosynthesematerials aus kreisärztlicher Sicht nicht vollumfänglich erklärbar bleibe. Insgesamt sollte, so das Fazit von Dr. G.____, die nächste ärztliche Kontrolle im Spital C.____ abgewartet werden. Dort könnten dann weitere, gegebenenfalls auch operative Therapiemöglichkeiten, abgewogen werden.

E. 6.3

Diese von der Kreisärztin angesprochene nächste Kontrolle des Versicherten im Spital C.____ fand am 25. Juni 2019 statt. Im hierzu erstellten Bericht hielten die untersuchenden Ärzte fest, bezüglich der Behandlung des OSG sei zurzeit ein Endzustand in dem Sinne erreicht, als weitere medizinischen Behandlungen - abgesehen von intermittierender Physiotherapie zum Erhalt der Beweglichkeit und Bedarfs-Analgesie - keine Aussicht auf eine relevante Verbesserung der Situation hätten. Man könne deshalb die Behandlung abschliessen, obwohl gemäss den Angaben des Patienten die Schmerzen im Gelenksbereich - auch wenn sie im Vergleich zum Zustand vor der Operation etwas regredient seien - weiterhin bestehen würden.

E. 6.4

Gestützt auf die geschilderten medizinischen Unterlagen - und insbesondere auf den Bericht des Spitals C.____ vom 25. Juni 2019 - ging die Suva davon aus, dass bezüglich der Unfallfolgen im Bereich des linken OSG der Endzustand erreicht sei. Sie nahm deshalb den Fallabschluss vor und prüfte, ob der Versicherte aufgrund der verbleibenden Unfallfolgen (wieder) Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine weitere Integritätsentschädigung habe. Dieser vorinstanzliche Fallabschluss erweist sich, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, jedoch als verfrüht. 6.5.1 Den Akten kann entnommen werden, dass der Versicherte auch in der Zeit nach dem 25. Juni 2019 weiterhin in ärztlicher Behandlung war und zwar nicht nur wegen seines Rückenleidens, sondern auch bezüglich seiner Beschwerden im linken OSG. Insbesondere wurde er am 1. September 2020 in der Klinik H.____ erneut am linken OSG operiert. Laut Suva war (auch) dieser Eingriff mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 11. Oktober 2010 zurückzuführen, weshalb sie hierfür eine Kostengutsprache erteilte. 6.5.2 In diesem Zusammenhang gilt es nun zu berücksichtigen, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verfügungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Verfügungserlasses gegeben war (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). In den Rechtsgebieten, in denen - wie im hier zur Beurteilung stehenden Bereich des Unfallversicherungsrechts - gesetzlich ein Einspracheverfahren vor dem Versicherungsträger vorgesehen ist, ist der Sachverhalt zu berücksichtigen, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids entwickelt hat (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 3. Januar 2005, I 172/04). Der hier angefochtene Einspracheentscheid datiert vom 11. September 2020, d.h. die am 1. September 2020 erfolgte erneute Operation des linken OSG und die medizinischen Gründe, die zu diesem Eingriff geführt haben, sind daher bei der Beurteilung der vorliegenden Beschwerde mit zu berücksichtigen. 6.5.3 Der Umstand, dass es beim Versicherten im September 2020 zu einem erneuten operativen Eingriff im Bereich des linken OSG gekommen ist, stellt zumindest ein Indiz dar, dass der von der Suva bezüglich der

Unfallfolgen im Bereich des linken OSG per Sommer 2019 vorgenommene Fallabschluss verfrüht erfolgt war. Wie es sich damit verhält, hätte die Suva vor Erlass des Einspracheentscheids genauer abklären müssen.

E. 6.6

Für die Annahme, dass der Fallabschluss bezüglich der Unfallfolgen im Bereich des linken OSG verfrüht erfolgt war, sprechen aber auch die Berichte von Dr. G.____ vom 9. Mai 2019 und 5. Juni 2019. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 6.2 hiervor), war die Kreisärztin anlässlich der Untersuchung vom 8. Mai 2019 zur Auffassung gelangt, dass eine Beurteilung der Unfallfolgen im Bereich des linken OSG und deren Veränderung seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung ohne die aktuellen Röntgenbilder und gegebenenfalls eine weiterführende Diagnostik nicht vorgenommen werden könne. Sie ersuchte deshalb die Administration der Suva, zunächst die perioperativen Röntgenbilder aus dem Spital C.____ anzufordern. Nach Vorlage der Bilder könne entschieden werden, ob gegebenenfalls eine CT-Untersuchung erforderlich sei. In der Folge wurden jedoch der Kreisärztin diese Bilder - jedenfalls soweit ersichtlich - nicht zugestellt. Sie hielt deshalb in ihrem Bericht über die Besprechung vom 5. Juni 2019 fest, dass die vom Versicherten geschilderte Zunahme der Beschwerdesymptomatik nach der am 5. Februar 2019 erfolgten Entfernung des Osteosynthesematerials aus kreisärztlicher Sicht nicht vollumfänglich erklärbar bleibe. Die Kreisärztin sah sich somit im Zeitpunkt ihrer Untersuchung aufgrund der ihres Erachtens unvollständigen medizinischen Aktenlage (noch) gar nicht in der Lage, zur Frage Stellung zu nehmen, ob bezüglich der Unfallfolgen im Bereich des linken OSG ein Endzustand erreicht sei. Ebenso hielt sie fest, dass die Beurteilung der Unfallfolgen und deren Veränderung seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 17. April 2013 ohne die Röntgenbilder und gegebenenfalls eine weiterführende Diagnostik nicht vorgenommen werden könne. Folgerichtig verfasste die Kreisärztin in ihrem Bericht vom 9. Mai 2019 im Hinblick auf die Beurteilung der Rentenfrage denn vorerst auch lediglich ein provisorisches Zumutbarkeitsprofil.

E. 6.7

Aus dem Gesagten folgt, dass die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt hat. Angesichts des fehlenden Beizugs der von ihr angeforderten medizinischen Akten konnte die Kreisärztin relevante Fragen gar nicht beantworten und lediglich auch nur eine provisorische Zumutbarkeitsbeurteilung abgeben. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich der Versicherte anfangs September 2020 einem erneuten Eingriff am linken OSG unterzog. Unter den geschilderten Umständen bleibt offen, ob die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid in Bezug auf die Unfallfolgen im Bereich des linken OSG von einem Endzustand ausgehen und den Fallabschluss vornehmen durfte. Die Angelegenheit ist deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese wird die offen gebliebenen Fragen durch ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten abklären zu lassen haben.

E. 7

Im Zusammenhang mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Taggeldanspruch ist immerhin noch Folgendes festzuhalten: In tatsächlicher Hinsicht kann als erstellt gelten, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt, in welchem er am Schalter der Suva vorsprach (11. Februar 2019) und im Zusammenhang mit dem am 5. Februar 2019 erfolgten operativen Eingriff am linken oberen Sprunggelenk um Ausrichtung von Taggeldern

ersuchte, bereits aufgrund seines Rückenleidens vollständig krankgeschrieben war. Dies ergibt sich, nachdem hierzu anfänglich missverständliche und zum Teil widersprüchliche Angaben vorgelegen hatten, aus der entsprechenden, den Sachverhalt nunmehr klarstellenden Erklärung der Hausärztin Dr. E. ____ vom 18. März 2019. Somit konnte der Versicherte - jedenfalls im damaligen Zeitraum - im Zusammenhang mit der Behandlung der Unfallfolgen im Bereich des linken OSG keine Taggelder der Beschwerdegegnerin beanspruchen. Ab welchem Zeitpunkt die attestierte Arbeitsunfähigkeit gegebenenfalls auf die Beschwerden im linken OSG und nicht mehr auf das unfallfremde Rückenleiden zurückzuführen war, lässt sich anhand der aktuellen Aktenlage nicht entscheiden. Die Suva wird diese Frage im Hinblick auf die Beurteilung eines allfälligen unfallversicherungsrechtlichen Taggeldanspruchs des Versicherten im Rahmen ihrer ergänzenden Sachverhaltsabklärungen zusätzlich zu prüfen und zu beurteilen haben.

E. 8

Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage nicht möglich ist. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur Vervollständigung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anschliessend wird diese gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 9.1 Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 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. 9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht - wie hier - einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 9. Februar 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 17,75 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich zwar als hoch, in Anbetracht, dass ein doppelter Schriftenwechsel durchgeführt wurde, letztlich aber noch als vertretbar. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 133.15. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'922.60 (17,75 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 133.15 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 10.1 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).

10.2 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 angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 11. September 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Suva zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'922.60 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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