

# **BL\_GERICHTE 725 24 359 vom 18. September 2025**

BL Gerichte, 2025-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_24\\_359](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_24_359)

FR: BL\_GERICHTE 725 24 359 du 18 septembre 2025

IT: BL\_GERICHTE 725 24 359 del 18 settembre 2025

## **Regeste**

Fehlen der für eine Leistungsausrichtung erforderlichen Unfallkausalität. Keine Zweifel, aufgrund welcher die vertrauensärztliche Beurteilung in Frage zu stellen wäre

## **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 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend wohnt die Beschwerdeführerin im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts 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 Streitigkeit zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 19. November 2024 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Materiell zu prüfen ist einzig die Leistungspflicht der AXA im Zusammenhang mit den Beschwerden am linken Grosszehengrundgelenk der Versicherten. Umstritten ist dabei namentlich, ob die dortigen Gesundheitsschäden mit dem am 2. August 2023 erlittenen Unfallereignis in einem rechtsgenügenden natürlichen Kausalzusammenhang stehen.

#### **E. 2.1**

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Versicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, seine Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine 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 zudem Anspruch auf ein Taggeld.

#### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 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 daher, 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 entfiel. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt mithin eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C\_620/2015, E. 3.1). 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 blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest und ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, Letzterer also ausschliesslich nur noch 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 (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2). Diese Beweislastverteilung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität gilt allerdings nur für Schäden, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich bereits zur Diskussion gestanden sind. Der Nachweis des Dahinfallens der Unfallkausalität von Beschwerden, welche im Rahmen einer Leistungsanerkennung noch

nicht thematisiert worden sind bzw. für welche noch keine (zumindest vorläufige) Anerkennung einer Leistungspflicht für (vorübergehende) Heilbehandlungen oder Taggeldleistungen erfolgt ist, trifft demnach nicht den Unfallversicherer, sondern die versicherte Person (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C\_819/2016, E. 6.2). Diesfalls hat deshalb wiederum jene Partei die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen, welche ihrerseits Rechte aus einem behaupteten Sachverhalt ableiten wollte.

3.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche 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 (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).

3.3 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 f.). So kommt beispielsweise den 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 die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, 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).

4.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2024 stützte sich die AXA auf zwei versicherungsinterne Aktenbeurteilungen ihres Vertrauensarztes. Gemäss Besprechungs-notiz vom 28. März 2024 hält Dr. C. dafür, dass der Knorpelschaden am Grosszehengrundgelenk nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang

mit dem Ereignis vom 2. August 2023 stehe. Die Problematik sei erstmals am 30. November 2023 in den medizinischen Akten erwähnt worden. Aufgrund des Unfallgeschehens sei eine Verletzung am Grosszehengrundgelenk nicht plausibel. Die durch die Trimalleolar-Luxationsfraktur indizierte Metallentfernung könne grundsätzlich ambulant durchgeführt werden. Man sei aber bereit, die Kostengutsprache für maximal eine Nacht zu erteilen. Eine Arbeitsunfähigkeit als Folge der Metallentfernung könne für die Dauer von maximal zwei Wochen im Umfang von 100% akzeptiert werden. Anschliessend sei eine allfällige Arbeitsunfähigkeit der Grundzehenproblematik zuzuschreiben und damit krankheitsbedingt (Akten der Beschwerdegegnerin, M17).

4.2 In seiner vertrauensärztlichen Aktenbeurteilung vom 30. Juni 2024 fasst Dr. C. zunächst die Aktenlage zusammen. Sodann hält er fest, dass in Bezug auf die objektivierbaren Befunde anlässlich der klinischen Untersuchung durch die Klinik D. am Unfalltag eine sichtbare Deformierung der Gelenkkonturen am linken OSG sowie Schmerzen und eine aufgehobene Beweglichkeit im OSG erhoben, im Übrigen aber keine Druckdolenzen über dem restlichen Fuss und dem Unterschenkel festgestellt worden seien. Gleichentags angefertigte Röntgenbilder hätten eine Trimalleolar-Luxationsfraktur links gezeigt. Noch am 2. August 2023 habe Dr. B. eine operative Intervention am linken Rückfuss durchgeführt. Dabei habe er klinisch eine Druckdolenz im Bereich des medialen bzw. lateralen Malleolus und eine Schwellung Grad + bis ++ bei im Übrigen normaler Sensibilität und Durchblutung des Fusses festgehalten. Der Operateur habe dabei explizit keine Druckdolenzen im Mittel- und Vorfussbereich, im Calcaneus oder im Bereich des Knies festgestellt. Auch radiologisch habe sich eine Trimalleolar-Luxationsfraktur des OSG links gezeigt. Zusammenfassend sei am Unfalltag demnach eine differenziert klinische und radiologische Untersuchung des gesamten linken Fusses erfolgt. Diese habe eine Trimalleolar-Luxationsfraktur links ergeben, welche die von der Versicherten beklagten Beschwerden am linken Rückfuss vollumfänglich erklären würde. Im übrigen Bereich des linken Fusses hätten sich jedoch keine Hinweise auf zusätzliche Verletzungen erkennen lassen. So habe Dr. B. in seinem damaligen Operationsbericht auch explizit darauf hingewiesen, dass eine normale Sensibilität und eine normale Durchblutung des Fusses festgestellt worden seien. Im Mittel- und Vorfussbereich seien insbesondere auch keine Druckdolenzen erhoben worden. Die Versicherte habe somit ausschliesslich im Rückfuss Beschwerden verspürt, was eine frische Verletzung im Vorfuss aber weitestgehend ausschliesse. Eine solche Verletzung wäre zumindest bei der spezifischen Untersuchung fast zwingend symptomatisch gewesen und wäre Dr. B. unter Berücksichtigung seiner jahrelangen klinischen Erfahrung bei der Behandlung von Fuss-Pathologien sowie unter der Annahme einer seriösen Ausübung seiner Tätigkeit auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit umgehend aufgefallen. Die Gesundheit der Versicherten sei ausserdem schon vor dem fraglichen Ereignis beeinträchtigt gewesen. Gemäss den Angaben im Bericht der Klinik D. vom 2. August 2023 habe sich die Versicherte bereits im Jahr 1993 am linken Rückfuss eine Bimalleolarfraktur zugezogen, die operativ versorgt worden sei. Weitere Angaben hierzu lägen keine vor. In den Röntgenbildern des Unfalltags würden sich darauf zurückzuführende ossäre Residuen nur erahnen, nicht aber ganz eindeutig identifizieren lassen. Im Operationsbericht von Dr. B. sei zudem zu lesen, dass der Zugang zum medialen Malleolus über der bestehenden Narbe erfolgt sei, wohingegen für die laterale Seite nichts Derartiges zu lesen sei. Im Rahmen einer Kontrolle bei Dr. B. am 30. November 2023 rund vier Monate seit dem fraglichen Ereignis vom 2. August 2023 habe die Versicherte neben residuellen Beschwerden am Rückfuss namentlich in Form einer Schwellungsneigung seit

zwei Wochen bestehende Beschwerden im Grosszehengrundgelenk beklagt. Das anschliessend am 2. Februar 2024 durchgeführte MRT habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine rein chronisch-degenerativ entstandene Pathologie gezeigt. Hinweise auf ein stattgehabtes Trauma hätten sich nicht objektivieren lassen. Gleichentags zusätzlich angefertigte Röntgenbilder hätten diese Befunde bestätigt und ebenfalls keinen Hinweis auf eine objektivierbare traumatische Komponente gezeigt. Zusammenfassend habe bei der Versicherten somit ein Status nach Bimalleolarfraktur links aus dem Jahre 1993 vorgelegen, welche operativ versorgt worden sei. Davon hätten sich im Rahmen der Abklärungen nach dem hier fraglichen Ereignis vom 2. August 2023 noch gewisse Residuen abgrenzen lassen, die jedoch keinen Einfluss auf die neuerliche Verletzung gehabt hätten. Die ab Mitte November 2023 beklagten Beschwerden der Versicherten am Grosszehengrundgelenk seien auf eine Arthrose zurückzuführen. Diese habe sich überwiegend wahrscheinlich über einen längeren Zeitraum entwickelt, habe auch beim Ereignis vom 2. August 2023 schon vorgelegen, sei dazumal offenbar jedoch noch nicht symptomatisch gewesen. Hinweise auf eine dort an der gleichen Stelle frisch entstandene Verletzung seien nicht objektivierbar. Auch anlässlich der umfassenden Untersuchung des linken Fusses am 2. August 2023 seien keine Hinweise auf eine Verletzung an Mittel- und Vorfuss zu erkennen gewesen. Das gleichentags stattgehabte Ereignis habe daher überwiegend wahrscheinlich keinen Einfluss auf den erwähnten pathologischen Vorzustand am Grosszehengrundgelenk gehabt. Somit sei diesbezüglich schon von Anfang weg ein Status quo sine erreicht gewesen, wie er auch ohne den erlitten Sturz in der genau gleichen Weise vorgelegen hätte. Betrachte man den MRT-Bericht vom 2. Februar 2024, so der Vertrauensarzt, würden sich nicht die geringsten Hinweise auf eine stattgehabte Fraktur am Grosszehengrundgelenk ergeben, wie sie von Dr. B. postuliert worden seien. Auch sonst seien keine morphologischen Alterationen zu finden, die überwiegend wahrscheinlich anlässlich des Ereignisses vom 2. August 2023 entstanden seien. Der gesamte Befund in diesem Bereich sei als rein unfallfremd zu bewerten. Dem Konsultationsbericht von Dr. B. vom 19. Oktober 2023 rund zweieinhalb Monate nach dem Unfall sei zu entnehmen, dass die Versicherte seit einer Woche die Vollbelastung erreicht habe. Sie verspüre ab und zu noch ein intermittierend auftretendes Zwicken im Sprunggelenk und habe noch deutliche Schwellungsneigungen. Obwohl die Versicherte zu diesem Zeitpunkt den operierten linken Fuss gemäss eigenen Angaben bereits seit einer Woche voll belastet habe, habe sie offenbar noch keinerlei schmerzhafte Symptomatik an ihrem linken Grosszehengrundgelenk verspürt. Vielmehr habe sie darüber erst anlässlich einer weiteren Konsultation bei Dr. B. am 30. November 2023 berichtet, wonach die entsprechenden Beschwerden seit etwa Mitte November 2023 bestünden. Die nunmehr vorgebrachte Aussage der Versicherten in deren Einsprache, wonach die Beschwerden am linken Grosszehengrundgelenk just in jenem Zeitpunkt aufgetreten seien, in dem das normale Abrollen wieder möglich resp. erlaubt gewesen sei, lasse sich mit den zeitnah verfassten Dokumenten deshalb nicht in Übereinstimmung bringen. Auf der Basis der zeitnah erstellten Dokumente bestünden jedenfalls keine Hinweise, dass sich die Versicherte am 2. August 2023 mit Ausnahme der Trimalleolar-Luxationsfraktur eine weitere Verletzung am linken Fuss zuzogen habe. Die abweichende Argumentation der Versicherten basiere im Wesentlichen auf der subjektiven Meinung von Dr. B., welche sich allerdings durch keinen klinischen oder bildgebenden Befund schlüssig begründen lasse. Es sei darauf hinzuweisen, dass die grosse Mehrheit der Pathologien am Grosszehengrundgelenk krankheitsbedingt seien. Auch würde eine übermässige mechanische Beanspruchung des Grosszehengrundgelenks, wie beispielsweise

Sport, aber auch das Tragen von Schuhen mit erhöhten Absätzen, das Auftreten von solchen Pathologien begünstigen. Diese seien dann nicht als eigentliche Erkrankung, sondern lediglich als Abnutzung zu werten. Trotz detaillierter klinischer Untersuchung habe sich kein klinisches Korrelat für eine Mittel- oder Vorfussverletzung finden lassen. Auch die später erfolgte Abklärung bildgebender Natur habe keinen überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingten Schaden ergeben. Vielmehr sei das typische Bild einer Arthrose mit Knorpelschaden und mit subchondralen Knochenzysten ersichtlich gewesen (Akten der Beschwerdegegnerin, M21).

4.3.1 Dem Verlaufseintrag von Dr. B. vom 19. Oktober 2023 zufolge habe die Versicherte seit einer Woche wieder die Vollbelastung erreicht. Sie spüre ab und zu noch ein intermittierendes Zwicken im Sprunggelenk und habe noch deutliche Schwellungsneigungen. Die Vollbelastung sei ohne wesentliche Beschwerden möglich, festzustellen sei aber noch ein hinkendes Gangbild. Der Röntgenbefund zeige ein kongruentes OSG. Die Fraktur sei in korrekter Stellung verheilt. Dem anschliessenden Verlaufseintrag des behandelnden Arztes vom 30. November 2023 kann entnommen werden, dass die Patientin seit etwa zwei Wochen seit der Vollbelastung nun vermehrt Beschwerden im Grosszehengrundgelenk beklage. Sie habe noch etwas Schwellungsneigungen, auch im Bereich des I. MTP-Gelenks bestehe etwas eine Schwellung. Die Beschwerden im I. MTP-Gelenk könnten mit einer Knorpelläsion im Zusammenhang stehen. Es sei durchaus möglich, dass aufgrund der vorrangigen Beschwerden und der Diagnose im Sprunggelenk die Knorpelläsion im I. MTP-Gelenk nicht beachtet worden sei (Akten der Beschwerdegegnerin, M9).

4.3.2 Gemäss dem radiologischen Bericht der Klinik D. vom 2. Februar 2024 zeige die MRT-Aufnahme des linken Grosszehens ein MT I-Köpfchen mit einer zentral gegen medial bis einen Zentimeter durchmessenden osteochondralen Läsion mit freiliegender, teilweise irregulärer und diskontinuierlicher Grenzlamelle sowie subchondral deutlichem Markraumödem bei fokalem Knorpelverlust Grad IV. Das Os sesamoideum mediale bipartitum sei im distalen Ossikel akzentuiert ödematös. Die plantare Platte sei ausgedünnt, aufgefasert und rupturiert. Die Beuge- und Strecksehnen, die Kollateralbänder, die übrige Kapsel und der Bandapparat seien intakt. Das perifokale Ödem des MT I erstreckte sich bis in den Übergang des Köpfchens zur Diaphyse. Das IP I-Gelenk sei unauffällig. Der Beurteilung zufolge bestehe eine deutlich aktivierte Arthrose im Grosszehengrundgelenk mit grösserem, osteochondralem Defekt im zentralen und medialen Umfang des MT I-Köpfchens (Gelenkfläche, Grad IV) sowie mit einem reaktiven Ödem des Markraums, eine Ruptur bzw. Auffaserung der plantaren Platte (DD chronisch/degenerativ), eine Aktivierung des zweigeteilten Os sesamoideum mediale bipartitum (Osteochondritis) sowie ein marginal erfasstes Markraumödem verschiedener Tarsalia (Akten der Beschwerdegegnerin, M13).

4.3.3 Gemäss Röntgenbericht der Klinik D. vom 2. Februar 2024 betreffend den linken Fuss zeige sich konventionell-radiologisch eine achsgerechte Stellung im Bereich Strahl I-V. Es bestehe eine leichte zystische Aufhellung zentral im Metatarsus 1. Die Gelenkspaltweiten in den Metatarsophalangealgelenken I-V seien im Rahmen der Norm. Die Lisfranc'schen Gelenklinien seien gut erhalten, zeigten allerdings Zeichen einer initialen Arthrose (Akten der Beschwerdegegnerin, M15).

4.3.4 Dem Verlaufseintrag von Dr. B. vom 2. Februar 2024 zufolge habe die Versicherte auch eine Traumatisierung des I. MTP-Gelenks bei der Verletzung am 2. August 2023 erlitten. Zuvor habe sie nie Probleme mit dem Grosszehengrundgelenk gehabt. Es hätten sich auch radiologisch keinerlei degenerative Veränderungen, sondern nur die umschriebene Knorpelläsion gezeigt (Akten der Beschwerdegegnerin, M14).

4.3.5 In seinem ärztlichen Zeugnis vom 27. Februar 2024

bestätigt Dr. B. sodann erneut, dass die Kausalität zwischen dem Knorpelschaden des linken Grosszehengrundgelenks und der Verletzung vom 2. August 2023 sehr wahrscheinlich zu bejahen sei. Die Versicherte habe vor der Verletzung nie Probleme mit dem linken Grosszehengrundgelenk beklagt und der umschriebene Knorpelschaden liege zentral am Köpfchen des Metatarsale I ohne jegliche Hinweise für eine degenerative Veränderung. Degenerative Veränderungen des Grosszehengrundgelenks würden dorsal entstehen und sich mit der Zeit nach zentral fortsetzen. Die Patientin habe im dorsalen Bereich des Metatarsale I-Köpfchens jedoch einen intakten Knorpel (Akten der Beschwerdegegnerin, M16).

4.3.6 Dem Operationsbericht von Dr. B. vom 8. April 2024 zufolge habe die Versicherte am 2. August 2023 eine Verletzung des linken Sprunggelenks und des linken Grosszehengrundgelenks erlitten. Es handle sich um eine Trimalleolar-Luxationsfraktur, welche sogleich notfallmässig operativ versorgt worden sei. Aufgrund des Ausmasses der Verletzung am Sprunggelenk sei die Verletzung im 1. MTP-Gelenk jedoch nicht erfasst worden. Die Beschwerden im Grosszehengrundgelenk seien erst sekundär beim Wiederaufbau der Funktion unter Vollbelastung aufgetreten. Weitere Abklärungen hätten in der Folge die umschriebene Knorpelläsion mit dem umschriebenen Knochenmarksödem plantarmedial zentral am Metatarsale I-Köpfchen ergeben. Es zeigten sich keine degenerativen Veränderungen im MRI des 1. MTP-Gelenks. Bei der Operation habe sich eine Knorpelläsion plantarmedialseits von etwa 12 x 4 Millimetern mit einer Impression des subchondralen Knochens und eine Knochenläsion plantarmedial gezeigt. Die instabilen Knorpelanteile seien komplett entfernt worden. Es sei nur randständig stabiler Knorpel zurückgeblieben. Ansonsten hätten sich keine degenerativen Veränderungen im Grosszehengrundgelenk gezeigt (Akten der Beschwerdegegnerin, M18).

4.3.7 In seiner E-Mail an die Rechtsvertreterin der Versicherten vom 4. November 2024 hielt Dr. B. fest, dass er bei seiner Aussage bleibe. Eine Impressionsfraktur unter dem Metatarsale I-Köpfchen sei keine häufige Fraktur und könne auch einem erfahrenem Fuss-Orthopäden bei Vorliegen einer Trimalleolarfraktur am gleichen Fuss kaschiert bleiben, bis sich die Beschwerden durch eine Vollbelastung erst im weiteren Verlauf bemerkbar machen würden (Beilage 3 zur Beschwerdebegründung).

5.1 Wie bereits erwähnt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind deshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen (oben, E. 3.3 hiervor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. C. vom 22. April 2024, auf welche die AXA in ihrem Entscheid abgestellt hat, liegen hier jedoch keine vor. Gestützt darauf argumentiert die AXA, dass der erlittene Bruch des linken OSG am 2. August 2023 keine strukturellen Läsionen am linken Grosszehengrundgelenk zur Folge gehabt habe. Es sei vielmehr von einem krankhaftdegenerativen Vorzustand auszugehen, welcher symptomatisch geworden sei. Diese Schlussfolgerung von Dr. C. basiert auf einer umfassenden Beurteilung aller wesentlichen medizinischen Akten sowie insbesondere den bildgebenden Abklärungen. Der Vertrauensarzt kommt bei deren Analyse zum Ergebnis, dass die ab Mitte November 2023 beklagten Beschwerden der Versicherten am Grosszehengrundgelenk auf eine Arthrose zurückzuführen und damit ausschliesslich krankhafter Genese sind. Diese Auffassung ist nachvollziehbar und schlüssig. Sie beruht in erster Linie auf der Bildgebung der Klinik D. vom 2. Februar 2024, wonach eine deutlich aktivierte Arthrose im Grosszehengrundgelenk mit grösserem osteochondralem Defekt im

zentralen und medialen Umfang des MT 1 Köpfchens befundet worden war (oben, Erwägung 4.3.2). Wenn der behandelnde Arzt Dr. B. in seinem gleichentags erstellten Verlaufseintrag vom 2. Februar 2024 davon spricht, dass sich radiologisch keinerlei degenerative Veränderungen, sondern einzig eine Knorpelläsion im Bereich des I. MTP-Gelenks gezeigt hätten, erweist sich seine Aussage als aktenwidrig. Dies gilt umso mehr, als gemäss dem Röntgenbericht der Klinik D. vom 2. Februar 2024 die Lisfranc'schen Gelenklinien am linken Fuss ebenfalls Zeichen einer initialen Arthrose gezeigt haben (oben, Erwägung 4.3.3).

5.2 Wenn der behandelnde Arzt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 27. Februar 2024 sodann argumentiert, der umschriebene Knorpelschaden liege ohne jegliche Hinweise für eine degenerative Veränderung zentral am Köpfchen des Metatarsale I, widerspricht auch diese Aussage schon rein sprachlich der radiologischen Beurteilung im Bericht der Klinik D. vom 2. Februar 2024, wonach die deutlich aktivierte Arthrose im Grosszehengrundgelenk nämlich just unter anderem im zentralen Umfang des MT I-Köpfchens verortet worden war. Dass degenerative Veränderungen am Grosszehengrundgelenk – so die Argumentation des behandelnden Arztes weiter – dorsal entstünden und sich erst mit der Zeit nach zentral fortsetzen würden, spricht bei diesem letztlich erhobenen radiologischen Befund mithin nicht gegen, sondern vielmehr für die bereits zuvor bildgebend erhobene Genese degenerativer Natur. Daran vermag nichts zu ändern, dass der Auffassung von Dr. B. zufolge der dorsale Bereich des Metatarsale I-Köpfchens einen intakten Knorpel aufgewiesen habe. Massgebend ist vielmehr, dass auch der behandelnde Arzt davon ausgeht, dass degenerative Veränderungen, welche sich naturgemäss schleichend entwickeln, sich sehr wohl zentral und damit letztlich an jener Stelle festsetzen, an welcher die Bildgebung gemäss Bericht der Klinik D. vom 2. Februar 2024 auch die Arthrose im Grosszehengrundgelenk der Versicherten verortet hat.

5.3 Die im Operationsbericht von Dr. B. vom 8. April 2024 erneut vertretene Auffassung, wonach sich keine degenerativen Veränderungen im MRI des I. MTP-Gelenks zeigen würden, widerspricht demnach ebenfalls der radiologischen Beurteilung der Klinik D. vom 2. Februar 2024. Soweit der behandelnde Operateur in diesem Bericht sodann erwähnt, dass sich bei der Operation eine Knorpelläsion plantarmedialseits von etwa 12 x 4 Millimetern mit einer Impression des subchondralen Knochens und eine Knochenläsion plantarmedial gezeigt habe, erweist sich sein Befund im Ergebnis mit der bereits zuvor im MRI vom 2. Februar 2024 beurteilten Bildgebung als kongruent. Wenn Dr. B. schliesslich davon spricht, dass nach der Entfernung instabiler Knorpelanteile anlässlich der Operation vom 8. April 2024 nur randständig stabiler Knorpel zurückgeblieben sei, sich «ansonsten» jedoch keine degenerativen Veränderungen im Grosszehengrundgelenk gezeigt hätten, impliziert auch seine eigene Aussage, dass offenbar sehr wohl degenerative Veränderungen vorgelegen haben.

5.4 Dr. B. argumentiert in seinem ärztlichen Zeugnis vom 27. Februar 2024 schliesslich damit, dass die Versicherte zuvor nie irgendwelche Probleme am Grosszehengrundgelenk beklagt habe. Diese Auffassung entspricht der unzulässigen Beweisregel «post ergo propter hoc». Demnach ist die blossе Annahme, die Beschwerden müssten alleine deshalb unfallbedingt sein, weil eine allenfalls vorbestehende Erkrankung bis hin zum erlittenen Unfall bisher schmerzfrei war, medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich deshalb unzulässig (Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2016, 8C\_359/2016, E. 5.2; BGE 119 V 335 E. 2b). Eine gesundheitliche Schädigung gilt mit anderen Worten nicht schon deshalb durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist oder weiterhin andauert. Nicht anders verhält es sich im hier vorliegenden Fall. Es ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen, dass die Beweislast des



Kausalitätsnachweises hinsichtlich der ursprünglich nicht beklagten Beschwerden am Grosszehengrundgelenk bei der Versicherten liegt (oben, Erwägung 2.3 a. E.). Der Umstand, dass der behandelnde Arzt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 27. Februar 2024 die Auffassung vertritt, dass die Unfallkausalität deshalb zu bejahen sei, weil die Versicherte am Grosszehengrundgelenk bisher keinerlei Beschwerden zu beklagen hatte, sagt mit anderen Worten nichts über den im Unfallversicherungsrecht erforderlichen Kausalitätsnachweis aus. 5.5 Es mag zwar zutreffen, dass eine unfallkausale Impressionsfraktur unter dem Metatarsale I-Köpfchen eine seltene Fraktur darstellt und eine entsprechend traumatisch bedingte Verletzung bei zeitgleichem Vorliegen einer Trimalleolarfraktur kaschiert bleiben kann, bis sich die Beschwerden erst durch eine Vollbelastung im Verlauf bemerkbar machen (oben, Erwägung 4.3.7). Bei dieser von Dr. B. selbstkritisch statuierten Auffassung handelt es sich jedoch lediglich um eine These, deren Möglichkeit mit Blick auf die bildgebend erhobene Degeneration den hier massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erreicht. Es tritt hinzu, dass Dr. B. erstmals in seiner Mail vom 4. November 2024 an die Rechtsvertreterin der Versicherten überhaupt von einer Impressionsfraktur unter dem Metatarsale I-Köpfchen spricht, demgegenüber er in seinen vorangehenden Berichterstattungen von einer möglichen Knorpelläsion mit anliegendem Knochenmarksödem ausgegangen ist. Diese erst spät im Nachgang mit allen anderen medizinischen Unterlagen divergierende Diagnose vermag zusätzliche Zweifel an der Auffassung des Behandlers zu begründen. In diesem Zusammenhang erweist sich vielmehr die vertrauensärztliche Argumentation als überzeugend, wonach gegen eine unfallbedingte Verletzung am Grosszehengrundgelenk namentlich der Umstand spreche, dass anlässlich der eingehenden Initialuntersuchung kein akutes Trauma festgestellt werden konnte. Dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass sich auch sonst keine konkreten Hinweise aus den Akten ergeben, wonach sich die Versicherte am 2. August 2023 ausser der Trimalleolar-Luxationsfraktur links eine weitere Verletzung am linken Fuss zuzogen hätte. Insofern kann vor dem Hintergrund der rund vier Monate nach dem erlittenen Unfall am 30. November 2023 erstmals dokumentierten Zehenproblematik eine allfällige Unfallkausalität alleine wegen der langen zeitlichen Latenz nicht als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werden. Daran vermag nichts zu ändern, dass die Versicherte die Vollbelastung bereits schon vor Ende November 2023 erreicht hatte. Entgegen der von ihr nunmehr vertretenen Auffassung trifft es auch nicht zu, dass sich der Vertrauensarzt nicht mit dem Einwand auseinandersetzt habe, dass die Beschwerden an der Zehe erst durch die Vollbelastung entstanden seien. Dr. C. legt in seiner vertrauensärztlichen Stellungnahme mit Blick auf den Konsultationsbericht des behandelnden Arztes vom 19. Oktober 2023 nämlich zutreffend dar, dass die Versicherte bereits kurz vor Mitte Oktober 2023 die Vollbelastung erreicht, in diesem frühen Zeitpunkt jedoch noch keine Schmerzen beklagte hat. Berücksichtigt man die Aussage der Versicherten anlässlich der Folgekonsultation bei Dr. B. vom 30. November 2023, wonach die Beschwerden am Grosszehengrundgelenk seit etwa Mitte November 2023 bestanden haben, resultiert vielmehr, dass die Versicherte während einer Zeitspanne von rund fünf Wochen unter Vollbelastung keine entsprechenden Beschwerden zu beklagen hatte. Dieser Umstand spricht mithin ebenfalls gegen die These des Behandlers, dass die Fraktur des Grosszehengrundgelenks zunächst übersehen und erst im Rahmen der Vollbelastung manifest geworden sei. Dass die Beschwerden der Versicherten am linken Grosszehengrundgelenk just in jenem Zeitpunkt aufgetreten seien, in dem wieder das normale Abrollen möglich und erlaubt gewesen sei, lässt sich mit den zeitnah verfassten

Dokumenten jedenfalls nicht in Übereinstimmung bringen. 5.6 Die isolierte Grosszehengrundgelenk-Problematik, welche am 8. April 2024 operativ saniert worden ist, kann gestützt auf die schlüssige vertrauensärztliche Auffassung somit nicht als unfallkausale Folge des am 2. August 2023 erlittenen Ereignisses anerkannt werden. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass die Versicherte nicht persönlich durch den Vertrauensarzt untersucht worden ist. Hintergrund bildet der Umstand, dass sich eine reine Aktenbeurteilung insbesondere dann als zulässig erweist, sofern die vorhandenen medizinischen Unterlagen ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und den gegenwärtigen Status ergeben, so dass sich die oder der Sachverständige ein lückenloses Bild zu machen in der Lage ist (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1988, Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Eine solche Konstellation liegt hier mit Blick auf die bereits bildgebend erhobenen Verhältnisse ohne Weiteres vor. 5.7 Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich sinngemäss geltend macht, die AXA habe die Kausalitätsfrage in medizinischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt und sei damit dem Untersuchungsgrundsatz im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht nachgekommen, ist auf das bereits Dargelegte zu verweisen (oben, Erwägung 3.2 hiervor). Sofern die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich oder eben nicht (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen), und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 4 S. 28; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, je mit Hinweisen). Vorliegend beruhen die vertrauensärztliche Einschätzung der medizinischen Situation und die Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage auf einer umfassenden Würdigung aller relevanten Vorakten. Die entsprechenden Schlussfolgerungen führen insgesamt zu einem nachvollziehbaren Ergebnis. In den medizinischen Akten des Behandlers befinden sich insbesondere keine Anhaltspunkte, welche die versicherungsinternen Schlussfolgerungen ernsthaft in Zweifel ziehen oder gar in überzeugender Art und Weise für das Vorliegen einer Unfallkausalität hinsichtlich der erst nachträglich aufgetretenen Beschwerden am Grosszehengrundgelenk der Versicherten sprechen würden. Aufgrund dessen ist dem Untersuchungsgrundsatz im hier vorliegenden Fall somit Genüge getan. Zumal von zusätzlichen Untersuchungsmassnahmen keine neuen Kenntnisse zu erwarten sind, weil namentlich eine ergänzende Bildgebung keine Aussage mehr zulassen würde, ob und in welcher Form die Grosszehengrundgelenkproblematik in degenerativer Form ursprünglich noch nicht vorgelegen hat, kann in antizipierter Beweiswürdigung demnach von weiteren Abklärungen abgesehen werden (BGE 136 I 229 E. 5.). 5.8 Hinzuweisen bleibt allerdings auf den Umstand, dass anlässlich des Eingriffs vom 8. April 2024 nicht nur das Grosszehengrundgelenk operativ saniert, sondern zugleich auch das Osteosynthesematerial am unbestritten unfallkausal in Mitleidenschaft gezogenen Sprunggelenk entfernt worden ist. Vor diesem Hintergrund wird die AXA gehalten sein, die Behandlungskosten für diesen Eingriff aufzuteilen und diese in Bezug auf die unfallkausale Folgebehandlung des ursprünglich in Mitleidenschaft gezogenen OSG zumindest teilweise zu übernehmen.

## **E. 6**

Zusammengefasst greifen die Argumente der Beschwerdeführerin nicht. Es erweist sich im Gegenteil als schlüssig, dass hinsichtlich der Beschwerden am Grosszehengrundgelenk vom Fehlen der für eine Leistungsausrichtung erforderlichen Unfallkausalität ausgegangen werden muss. Auch wenn an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll, liegen hier keine Zweifel vor, aufgrund welcher die vertrauensärztliche Beurteilung in Frage zu stellen wäre. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

#### **E. 7**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Laut Art. 61 lit. g ATSG hat nur die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Der unterliegenden Beschwerdeführerin kann daher keine Parteientschädigung zugesprochen werden. Demgemäss wird e r k a n n t : ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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