

GR_GERICHTE S 2016 7 vom 30. August 2016

GR Gerichte, 2016-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_7

FR: GR_GERICHTE S 2016 7 du 30 août 2016

IT: GR_GERICHTE S 2016 7 del 30 agosto 2016

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Mit Schadenmeldung vom 27. Juli 2010 teilte die Arbeitgeberin der C._____ mit, B._____ sei am 24. Juli 2010 zu Hause auf der Treppe gestürzt und habe sich am rechten Fussgelenk verletzt. In der Folge übernahm die C._____ die Kosten für die Heilbehandlung und richtete Tagelöhner aus.

E. 3

Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. E._____ diagnostizierte am 24. Juli 2010 ein massives Distorsionstrauma des rechten Fusses mit klinischem Verdacht auf laterale Bandläsion mit medial kleiner Schürfwunde. Eine Fraktur hatte radiologisch nicht nachgewiesen werden können. In der Folge suchte B._____ seinen Hausarzt auf. Dieser diagnostizierte mit Bericht vom 3. August 2010 ein Supinationstrauma des rechten OSG mit kleinem lateralem ossärem Ausriss. Die Behandlung erfolgte mittels Fixation und NSAR (Schmerzmittel). Nach der Entfernung des Unterschenkelgipses am 16. August 2010 schwoll der Fuss massiv an und es traten heftige Schmerzen auf. Am 18. August 2010 diagnostizierte der Angiologe Dr. med. F._____ eine kleine Muskelvenenthrombose im rechten medialen Gastrocnemius (Wadenmuskel). Weil er die Entwicklung einer Sudeckdystrophie befürchtete, überwies er B._____ notfallmässig ins Kantonsspital Graubünden, wo gleichentags ein CT gemacht wurde. Dieses zeigte ein altes abgerundetes Fragment von 3 mm Grösse unterhalb der Fibula (Wadenbein) und eine Weichteilschwellung über dem Malleolus lateralis (Aussenknöchel). Eine vom Vorfall vom 24. Juli 2010 herrührende Fraktur fand sich nicht. Am 13. Oktober 2010 wurde wegen eines massiven Rehabilitationsdefizits ein MRI gemacht, welches zu folgender Beurteilung führte: (1) Verletzung des lateralen Bandapparates mit vollständiger Ruptur

- 3 - tur der Ligamenta tibiofibulare anterius, Partialruptur des Ligamentum calcaneofibulare und Zerrung des Ligamentum deltoideum, (2) Subchonrale Fraktur tibiotalar medioventral mit vitalem Fragment und intaktem Knorpel, (3) Subluxationsstellung im OSG sowie diskrete Subluxationsstellung im Bereich der Articulatio talocalcaneare posterior, (4) Ausgedehntes subkutanes Weichteilhämatom im Bereich des Fussrückens sowie bimalleolär. Vom 22. Oktober bis zum 3. November 2010 war B._____ im Kantonsspital Graubünden hospitalisiert, um sein Bein ruhigzustellen und hochzulagern. Im Austrittsbericht wurde nebst den im MRI festgestellten Schädigungen eine „massive teigige Schwellung bis zum proximalen Unterschenkel mit sudeckoidem Aspekt (Verdacht auf CRPS - Complex Regional Pain Syndrome)“ diagnostiziert. Weil sich auch eine

Fussfehlstellung entwickelt hatte und diese trotz mehrwöchiger ambulanter Behandlung mit redressierenden Unterschenkelgipsen nicht wesentlich beeinflusst werden können, wurde B._____ vom 8. Dezember 2010 bis zum 27. Januar 2011 in der Rehaklinik Bellikon behandelt. Beim Austritt bestand ein dringender Verdacht auf CRPS des rechten OSG und Fusses mit Klumpfußfehlstellung sowie ein Verdacht auf Konversionsstörung/dissoziative Bewegungsstörung. In der Folge wurde B._____ weiterhin medikamentös und physiotherapeutisch behandelt und es fanden weitere stationäre Rehabilitationsaufenthalte statt (Rehaklinik Bellikon, 25. Oktober bis 16. November 2011; Kliniken Valens, 23. Mai bis 17. Juli 2012). Es wurden auch wiederholt operative Eingriffe gemacht. So wurde B._____ am 15. Februar 2011 im Kantonsspital Graubünden zur Korrektur der Klumpfußfehlstellung ein Fixateur externe angelegt. Im Universitätsspital Basel wurde am 10. Oktober 2011 ein neuer Fixateur externe angelegt und ein Gastrosoleus-Release mit einer Tibialis posterior-Sehnenverlängerung gemacht. Am 15. Dezember 2011 wurde der Fixateur wieder entfernt und das Sprunggelenk versteift (TTC-Arthrodesse). All dies führte aber nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Zustands.

- 4 -

E. 4

Am 4. Juli 2011 ersuchte die C._____ Prof. Dr. med. G._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychosomatik SAPP, von der Schulthess Klinik um die Koordination eines interdisziplinären Gutachtens. In der Folge wurde der C._____ mitgeteilt, die Wartefrist belaufe sich auf vier bis sechs Monate. Mit Schreiben vom 25. Oktober 2012 informierte die C._____ B._____ über die geplante Begutachtung. Mit Schreiben vom 5. April 2013 stellte die C._____ Prof. Dr. med. G._____ die Akten zu und bat ihn, Dr. med. H._____ vom Zentrum für Fusschirurgie der Schulthess Klinik persönlich hinzuzuziehen. Mit Schreiben vom 6. Juni 2013 teilte Prof. Dr. med. G._____ der C._____ mit, weder Dr. med. H._____ noch ein anderer Arzt in seiner Abteilung hätten Zeit, das komplexe Gutachten innerhalb nützlicher Zeit zu erstellen. Hierauf schlug die C._____ eine Begutachtung durch die SMAB AG vor. Damit war B._____ nicht einverstanden.

E. 5

Am 30. Januar 2013 suchte B._____ die Notfallstation des Kantonsspitals Graubünden auf. Er gab an, er verspüre seit dem 27. Januar 2013 Schmerzen im linken Unterschenkel. Daraufhin wurde er wegen Verdachts auf ein saltatorisches (überspringendes) CRPS vom 6. bis 14. Februar 2013 notfallmässig im Universitätsspital Basel hospitalisiert und mittels Periduralkatheter sympatholytisch therapiert. Trotz dieser Behandlung war B._____, der zuvor noch mit zwei Unterarmkrücken gehen können, nun auf einen Rollstuhl angewiesen.

E. 6

Mit Bericht vom 8. März 2013 hielt der beratende Arzt der C._____, Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, fest, die Beschwerden am linken Fuss stünden nicht in Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 24. Juli 2010. Mit Schreiben vom 2. April 2013 hielt der Leitende Arzt der Abteilung Anästhesie/Schmerztherapie des Universitätsspitals Basel, dem entge-

- 5 - gen, es sei für ihn und seine mitbehandelnden Kollegen absolut nicht nachvollziehbar, warum bei ausgeschlossener anderer Genese ein saltatorisches CRPS des linken Fusses gemäss Budapester IASP Kriterien nicht angenommen werden könne.

E. 7

Mit Verfügung vom 22. Mai 2013 lehnte die C._____ Leistungen im Zusammenhang mit den Beschwerden am linken Fuss ab. Der natürliche Kausalzusammenhang sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen. Es handle sich bei der Problematik am linken Fuss nur um eine Verdachtsdiagnose und es hätten gemäss dem Bericht vom 12. April 2010 von Dr. med. K._____, FMH Innere Medizin und Angiologie, bereits vor dem Unfall unklare Waden- und Fussbeschwerden bestanden. Gegen diese Verfügung erhob B._____ am 24. Mai 2013 Einsprache mit dem Antrag, es seien auch die Probleme am linken Fuss vorbehaltlos anzuerkennen und die entsprechenden versicherungsrechtlichen Leistungen zu erbringen. Die A._____ erhob keine Einsprache.

E. 8

Oktober 2013 ersuchte die C._____ Prof. Dr. med. M._____ von der Universitätsklinik Balgrist um die Erstellung des Gutachtens. Mit e-mail

- 6 - vom 15. Oktober 2013 wurde auch diese Anfrage abgelehnt. Daraufhin nahm die C._____ Kontakt mit der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva auf. Dabei war indessen schon klar, dass das Gutachten beziehungsweise die Zweitmeinung nicht rechtzeitig vor dem geplanten Operationstermin zur Verfügung stehen würde.

E. 9

Mit Zwischenverfügung vom 30. Oktober 2013 lehnte die C._____ die Kostenübernahme für die Unterschenkelamputation ab und verlangte die Verschiebung des Operationstermins. Vor einer Begutachtung könne nicht beurteilt werden, ob die Amputation überhaupt notwendig sei und ob alle geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem geltend gemachten Unfallereignis stünden. Dessen ungeachtet wurde B._____ am 12. November 2013 im Universitätsspital Basel der rechte Unterschenkel amputiert.

E. 10

Am 2. Dezember 2013 erhob B._____ gegen die Zwischenverfügung der C._____ vom 30. Oktober 2013 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit dem Antrag, die C._____ sei zu verpflichten, die Behandlungs-, Operations- und Nachbehandlungskosten im Zusammenhang mit der Amputation des rechten Unterschenkels zu übernehmen. Auf diese Beschwerde trat das Verwaltungsgericht mit Entscheid S 13 144 vom 8. April 2014 nicht ein.

E. 11

Mit Verfügung vom 16. Mai 2014 lehnte die C._____ ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 24. Juli 2010 vollständig ab. Auf eine Rückforderung der bislang erbrachten Leistungen verzichtete sie. Zur Begründung machte die C._____ zur Hauptsache geltend, das Ereignis vom 24. Juli 2010 erfülle weder die Voraussetzungen eines Unfalles noch einer unfallähnlichen Körperschädigung. Weiter bezog sich die C._____ auf den Bericht vom 12. April 2010, in welchem Dr. med. K._____, FMH Innere Medizin und Angiologie, festgehalten hatte, B._____ leide unter anderem unter

- 7 - unklaren Waden- und Fussbeschwerden beidseits, links mehr als rechts, für welche keine venöse Ursache eruierbar sei. Er habe ein Krampfaderleiden und es hätten bereits mehrere Varizenoperationen stattgefunden. Die C._____ argumentierte, die nach dem Ausheilen der unmittelbaren Folgen des Ereignisses vom 24. Juli 2010 verbleibenden Beschwerden hätten mehr oder weniger den bereits im Frühling davor beschriebenen Beschwerden entsprochen.

E. 12

Gegen diese Verfügung erhob B._____ am 17. Juni 2014 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden, welches die Angelegenheit mit Verfügung vom 19. Juni 2014 an die C._____ zur Behandlung als Einsprache überwies. Am 13. Juli 2014 reichte B._____ der C._____ eine mit der „Beschwerde“ identische Einspracheschrift ein. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Feststellung, dass das Ereignis vom 24. Juli 2010 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstelle, so dass die C._____ verpflichtet sei, betreffend seiner beiden Füsse sämtliche Leistungen nach UVG zu erbringen.

E. 13

Am 27. Mai respektive am 18. Juli 2014 erhob auch die A._____ Einsprache gegen die Verfügung der C._____ vom 16. Mai 2014 mit dem Antrag, die Kosten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Juli 2010 seien weiterhin durch die C._____ zu übernehmen.

E. 14

Während laufendem Einspracheverfahren versuchte die C._____ erneut vergeblich eine Gutachterstelle zu finden. Mit Schreiben vom 13. Juli 2015 teilte der Chefarzt der MEDAS Zentralschweiz mit, er möchte diesen Fall nicht zur Begutachtung annehmen, und mit Schreiben vom 28. Oktober 2015 lehnte auch Prof. Dr. med. N._____ vom Universitätsspital Genf ab.

- 8 -

E. 15

Mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2016 wies die C._____ die Einsprachen ab. Sie hielt fest, dass aus verfahrensökonomischen Gründen das Einspracheverfahren bezüglich der Verfügung vom 22. Mai 2013 mit den beiden Einspracheverfahren bezüglich der Verfügung vom 16. Mai 2014 in einem Verfahren vereinigt und behandelt würden.

E. 16

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die A._____ am 26. Januar 2016 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (S 16 7). Sie beantragte, die Verfügungen vom 22. Mai 2013 und vom 16. Mai 2014 sowie der angefochtene Einspracheentscheid seien aufzuheben und die C._____ sei zu verpflichten, für das Ereignis vom 24. Juli 2010 die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen. Zur Begründung machte die A._____ im Wesentlichen geltend, B._____ schildere einen Sturz auf der Treppe über drei Tritte und habe ein Distorsionstrauma mit erheblicher Verletzung aller lateralen Seitenbänder des OSG rechts erlitten. Dieser Vorgang erfülle die Voraussetzungen eines Unfalles und einer unfallähnlichen Körperschädigung. Die C._____ habe den Fall hinsichtlich der kausalen Unfallfolgen unzureichend abgeklärt, es sei eine entsprechende medizinische Begutachtung vorzunehmen, wobei auch die Beschwerden am linken Fuss mit

einzubeziehen seien.

E. 17

Am 5. Februar 2016 erhob auch B._____ Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (S 16 20). Der Antrag entsprach demjenigen der A._____, und auch die Begründung war in den wesentlichen Punkten gleich. Allerdings vertrat B._____ die Ansicht, eine pluridisziplinäre Begutachtung sei auf Grund der klaren und unmissverständlichen Ausführungen der Uniklinik Basel nicht indiziert. Dies auch deshalb, weil es die C._____ über mehr als drei Jahre nicht geschafft habe, eine Begutachtung durchführen zu lassen. Es sei nicht zumutbar, noch länger zu warten, nachdem die Voraussetzungen für die Bejahung der Leistungspflicht ohnehin erfüllt seien.

- 9 -

E. 18

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 10. Februar 2016 vereinigte die zuständige Instruktionsrichterin die beiden Verfahren S 16 7 und S 16 20.

E. 19

Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2016 beantragte die C._____ die Abweisung der Beschwerden. Sie hielt an der Begründung des angefochtenen Entscheides fest und machte im Wesentlichen geltend, B._____ habe aufgrund seiner eigenen Angaben und gemäss den Arztberichten beim Treppenbegehen den rechten Fuss verdreht, ohne dass eine Programmwidrigkeit wie Ausrutschen, Stolpern, Anschlagen oder Ähnliches mitgespielt habe. Beim Einknicken des Fusses habe also kein äusserer Faktor mitgespielt, so dass weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege.

E. 20

In einem zweiten Schriftenwechsel vertieften die Parteien ihre Standpunkte (Replik der A._____ vom 13. April 2016, Replik von B._____ vom 18. April 2016, Duplik der C._____ vom 28. April 2016). Auf die weiteren Ausführungen im angefochtenen Entscheid und in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) kann die zuständige Behörde im Interesse einer zweckmässigen Erledigung die Verfahren bei getrennt eingereichten Eingaben zum gleichen Gegenstand vereinigen. Voraus-

- 10 -
setzung für eine Verfahrensvereinigung ist, dass den Eingaben derselbe Sachverhalt zugrunde liegt und sich die gleichen Rechtsfragen stellen (BGE 128 V 124 E.19). Dies trifft vorliegend bei den beiden Verfahren S 16 7 (Beschwerde der A._____ AG [nachfolgend: Beschwerdeführerin 1]) und S 16 20 (Beschwerde von B._____ [nachfolgend: Beschwerdeführer 2]) zu, weshalb die Verfahren bereits mit Verfügung vom 10. Februar 2016 vereinigt wurden. 2. a) Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. Januar 2016. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheid der Unfallversicherer beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons Beschwerde erhoben werden, in welchem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeführung Wohnsitz hat. Vorliegend wohnt der Beschwerdeführer 2 in Graubünden, weshalb die örtliche Zuständigkeit des

Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG in Verbindung mit Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG. b) Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat. Diese Voraussetzung erfüllt die Beschwerdeführerin 1 als Krankenversicherer des Beschwerdeführers 2, da der Leistungsansprüche verneinende Einspracheentscheid unmittelbar ihre prinzipielle Leistungspflicht begründet (BGE 134 V 153 E.5.3.1). Der Beschwerdeführer 2 ist als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Entscheides ebenfalls zur Beschwerde legitimiert.

- 11 - c) Mit dem angefochtenen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin sowohl die Einsprachen der Beschwerdeführerin 1 und des Beschwerdeführers 2 gegen die Verfügung vom 16. Mai 2014 als auch die Einsprache des Beschwerdeführers 2 gegen die Verfügung vom 22. Mai 2013 behandelt. Die Beschwerdeführerin 1 hatte gegen die Verfügung vom 22. Mai 2013 keine Einsprache erhoben. Gleichwohl ist sie nun legitimiert, den Einspracheentscheid in allen Punkten anzufechten. Die Befugnis, dem kantonalen Versicherungsgericht eine Beschwerde einzureichen, setzt keine durchgängige Beteiligung am vorangehenden Verfahren voraus (U. KIESER, ATSG Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 59 N 12 m.w.H.). d) Auf die Beschwerden, welche zudem frist- und formgerecht eingereicht wurden, ist somit einzutreten (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG). 3. a) Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom

E. 24

Juli 2010 zu Recht weder als Unfall noch als unfallähnliche Körperschädigung qualifiziert hat. Gemäss Art. 6 Abs.1 UVG werden die Versicherungsleistungen in der Regel bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Ein Unfall ist gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Einem Unfall gleichgestellt sind gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG und Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) eine Reihe von unfallähnlichen Körperschädigungen, die ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung aufgetreten sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind (Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen, Trommelfellverletzungen).

- 12 - b) Damit ein Vorgang als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG qualifiziert werden kann, müssen fünf Tatbestandsmerkmale gegeben sein, nämlich Körperverletzung, äussere Einwirkung, Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung, Plötzlichkeit und fehlende Absicht (BGE 134 V 72 E.2.3). Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer 2 am 24. Juli 2010 beim Treppensteigen eine Distorsion des oberen Sprunggelenks am rechten Fuss erlitten. Es steht fest und ist unbestritten, dass damit die Tatbestandsmerkmale Körperverletzung, Plötzlichkeit und fehlende Absicht gegeben sind. Streitig und zu prüfen sind hingegen die Tatbestandsmerkmale der äusseren Einwirkung und der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung. c) Das Kriterium der Einwirkung eines äusseren Faktors ist das Gegenstück zur inneren Ursache, welche den Krankheitsbegriff konstituiert (BGE 134 V 72 E.4.1.1). Typischerweise besteht der äussere Faktor in einem Geschehen, das von aussen auf die geschädigte Person einwirkt. Nach der Rechtsprechung kann der äussere Faktor aber auch in einer körpereigenen Bewegung bestehen (BGE 129

V 466 E.4.1). Dabei ist ein Geschehen verlangt, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotenzial inne- wohnt, beziehungsweise bei dem eine mehr als physiologisch normale Beanspruchung des Körpers auftritt. Das ist einerseits dann zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele sportliche Betätigungen zutreffen kann. Oder es kann eine alltägliche Lebensverrichtung sein, bei welcher ein von dieser Verrichtung unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt (BGE 129 V 466 E.4.2.2). d) Das Kriterium der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung ist nach der Rechtsprechung dann erfüllt, wenn der äussere Faktor nach einem objek- tiven Massstab nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweili- gen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 134 V 72 E.4.1). Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wir-

- 13 - kung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ausschlagge- bend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelt- einwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt (BGE 134 V 72 E.4.3.1). Besteht der äussere Faktor in einer körpereigenen Bewegung, so ist ein Zusatzgeschehen im Sinne einer den normalen Bewegungsab- lauf störenden Programmwidrigkeit erforderlich. Ein in der Aussenwelt begründeter Umstand muss den natürlichen Ablauf einer Körperbewe- gung gleichsam programmwidrig beeinflussen und dazu führen, dass die Bewegung unkoordiniert beziehungsweise unkontrolliert ist (BGE 134 V 72 E.4.3.2.1). Zu beachten ist auch, dass aufgrund der Natur des einge- tretenen Gesundheitsschadens allenfalls Rückschlüsse auf die Unge- wöhnlichkeit des äusseren Faktors gezogen werden können. Die medizi- nischen Feststellungen können also mitunter als Indizien im Beweis für oder gegen das Vorliegen einer ungewöhnlichen äusseren Einwirkung dienen (BGE 134 V 72 E.4.3.2.2). 4. a) Vorliegend sind sich die Parteien nicht einig darüber, wie sich der Vorfall vom 24. Juli 2010 ereignet hat. Es ist deshalb zunächst zu klären, von welchem Sachverhalt auszugehen ist. Dabei darf das Gericht eine Tatsa- che nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Während im Zivil- und Strafverfahren die richterliche Über- zeugung grundsätzlich auf dem vollen Beweis gründet, haben Sozialver- sicherer und Richter im Sozialversicherungsrecht ihren Entscheid übli- cherweise nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 141 V 216 E.5.2). Im Sozialversicherungsrecht ist mit an- deren Worten jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen mög- lichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist. Bei sich widersprechenden Angaben über den Unfallhergang ist die Beweis- maxime zu beachten, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen

- 14 - Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 130 V 117 E.2.2.7, 121 V 45 E.2a). b) In den Akten finden sich zum Ablauf des Geschehens am 24. Juli 2010 folgende zeitnahe Aussagen des Beschwerdeführers 2: Schadenmeldung der Hotels D._____ vom 27. Juli 2010 (Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] A1): - Sachverhalt: Auf der Treppe gestürzt - Verletzung: Aus-/Verrenkung des rechten Fussgelenks Fragebogen zur Ergänzung der Schadenmeldung, ausgefüllt durch den Beschwerdefüh- rer 2 am 6. August 2010 (Bg-act. A2): - Genaue Beschreibung des Hergangs: Treppensturz - Aus welcher Höhe sind sie gestürzt? Drei Tritte - Auf welche Körperpartie sind Sie gefallen? Fuss rechts - Was passierte genau mit Ihrem rechten

Fussgelenk? Eingeknickt - Haben sie bereits vor dem Ereignis an ähnlichen Beschwerden am rechten Fussgelenk gelitten? Nein Aktennotiz der Beschwerdegegnerin über ein Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer 2 am 14. Oktober 2010 (Bg-act. A5): Déroulement des faits: Il est tombé en descendant les escaliers et se blessé au pied (Er ist beim Heruntersteigen auf der Treppe gestürzt und hat sich am Fuss verletzt). Aktennotiz der Beschwerdegegnerin über ein Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer 2 am 15. November 2010 (Bg-act. A7): Déroulement des faits: L'assuré a glissé et a chuté par la suite dans les escaliers (Der Versicherte ist ausgerutscht und in der Folge auf der Treppe gestürzt). Gutachteranfrage der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2011 (Bg-act. A86): „Herr Lopez erlitt am 24. Juli 2010 einen Treppensturz, wobei er mit dem rechten Fuss einknickte.“ c) Von ärztlicher Seite sind zeitnahe zum Vorfall vom 24. Juli 2010 die folgenden Aussagen aktenkundig: Bericht des erstbehandelnden Arztes Dr. med. E._____ vom 9. August 2010 (Bg-act. B12): Rechtes Sprunggelenk auf Treppe verdreht

- 15 - Bericht des Hausarztes vom 4. Oktober 2010 (Bg-act. B17): Sturz (...) auf der Treppe mit Schmerzen im rechten OSG. Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 31. Januar 2011 (Bg-act. B32 S.2): Der Versicherte erlitt (...) einen Treppensturz zuhause und zog sich dabei ein OSG Distorsionsstrauma rechts zu. d) Die in den vorangehenden Erwägungen zitierten Aussagen lassen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer 2 einen Treppensturz erlitten hat, wird doch ein Sturz überall explizit erwähnt. Einzig Dr. med. E._____ redet nur von einem Verdrehen des Sprunggelenks (Bg-act. B12). Dr. med. E._____s Aussage spricht aber entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht gegen einen Treppensturz. Dr. med. E._____ äussert sich in seinem Bericht sehr knapp, und bezüglich des Unfallherganges fokussiert er darauf, was sich am Körper des Verunfallten ereignet hat. Auf die weiteren Umstände und auf die Ursache des Verdrehens des Sprunggelenkes geht er nicht ein, was im Rahmen eines einfachen Arztberichtes nicht aussergewöhnlich ist. Ausführungen, welche mit einem Treppensturz in Widerspruch stünden, macht Dr. med. E._____ nicht. e) Unklar bleibt, wie sich der Treppensturz im Detail ereignet hat. Aufgrund der Akten sind zwei Abläufe denkbar. Der Beschwerdeführer 2 kann gestolpert oder ausgerutscht sein und sich daraufhin das OSG bei einer unglücklichen Landung verdreht haben. Für diese Variante spricht am deutlichsten die Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2010, wonach der Versicherte ausgerutscht und in der Folge gestürzt sei. („glissé et chuté par la suite“; Bg-act. A7). Für diese Variante spricht auch die Angabe des Beschwerdeführers 2 im Fragebogen zur Ergänzung der Schadenmeldung (Bg-act. A2), wonach er auf den Fuss gefallen sei. Denkbar ist sodann aber auch, dass das Verrenken beziehungsweise Einknicken des Fusses die Ursache des Sturzes war. Diesen Hergang

- 16 - schildert der Beschwerdeführer 2 in seinen Rechtsschriften. Es kann indessen offen bleiben, welcher Ablauf wahrscheinlicher ist, führen doch – wie nachstehend gezeigt wird – beide Sachverhaltsvarianten zum selben Ergebnis. 5. a) Geht man davon aus, dass der Beschwerdeführer 2 zuerst gestürzt ist und sich dann beim Aufprall nach dem Sturz verletzt hat, so hätte als Ursache des Sturzes ein Stolpern oder Ausrutschen vorgelegen, also ein Vorgang, der beim Treppensteigen offensichtlich programmwidrig ist. Ein ungewöhnlicher äusserer Faktor wäre diesfalls zu bejahen, was auch die Beschwerdegegnerin nicht bestreitet. b) Geht man davon aus, dass der Beschwerdeführer 2 zuerst mit dem Fuss eingeknickt und erst daraufhin gestürzt ist, so ist ein ungewöhnlicher äusserer Faktor entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ebenfalls zu bejahen. Mit dem

Hinuntersteigen auf der Treppe hat der Beschwerdeführer 2 eine alltägliche Lebensverrichtung ausgeführt, bei welcher sein Körper einer physiologischen Beanspruchung ohne erhöhtes Gefährdungspotenzial ausgesetzt war (Urteil des Bundesgerichts 8C_766/2010 vom 15. Juni 2011 E.4.2). Wie erwähnt kann der ungewöhnliche äussere Faktor auch in einer körpereigenen Bewegung bestehen, wenn dabei ein von der alltäglichen Lebensverrichtung unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt, welches diese alltägliche Lebensverrichtung zu einem gewissen Mass unkontrollierbar macht (vgl. vorne E.3d). Diese Voraussetzung ist vorliegend erfüllt. Durch das Einknicken mit dem Fuss kam ein vom ordentlichen Treppensteigen unterscheidbares äusseres Moment im Sinne einer den normalen Bewegungsablauf störenden Programmwidrigkeit hinzu, was einen Kontrollverlust und einen Sturz über drei Treppenstufen zur Folge hatte (vgl. vorne E.3d; BGE 134 V 72 E.4.3.2.1). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann die Programmwidrigkeit beim Treppensteigen also nicht nur in einem Stolpern, Ausgleiten oder Anstossen,

- 17 - sondern auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Dies wird dann besonders deutlich, wenn man bedenkt, dass bei einem Einknicken mechanische Kräfte auf das Fussgelenk einwirken, die massiv grösser sind als beim normalen Treppensteigen (vgl. vorne E.3d; BGE 134 V 72 E.4.3.1). In seinem Urteil U 236/98 vom 3. Januar 2000 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in Erwägung 3b denn auch explizit ausgeführt, ein Misstritt mit Distorsion sei zweifellos ein ungewöhnlicher äusserer Faktor. Dies wurde in der Folge bestätigt (Misstritt beim Ballspiel, BGE 129 V 466 E.4.1; Misstritt auf dem Trottoir, Urteil des Bundesgerichts 8C_822/2007 vom 5. August 2008 E.3.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 398/06 vom 21. November 2006 E.3.2.2). c) Für eine ungewöhnliche äussere Einwirkung spricht schliesslich auch die Art der erlittenen Verletzungen (vgl. vorne E.3d; BGE 134 V 72 E.4.3.2.2). Der Beschwerdeführer 2 erlitt bei dem Vorfall am 24. Juli 2010 eine Distorsion des OSG mit einer Verletzung des lateralen Bandapparates (vollständige Ruptur der Ligamenta tibiofibulare anterius, Partialruptur des Ligamentum calcaneofibulare und Zerrung des Ligamentum deltoideum; MRI vom 13. Oktober 2010 [Bg-act. B19]). Ein solcher Gesundheitsschaden ist typisch für das häufig vorkommende Unfallmuster des Abknickens mit dem Fuss nach innen. Als Folge einer endogenen Ursache ist ein massiver, einseitig an einem Fuss auftretender Bänderschaden, schwer vorstellbar. d) Es hat sich gezeigt, dass beim Vorfall auf der Treppe am 24. Juli 2010 in beiden denkbaren Varianten ein ungewöhnlicher äusserer Faktor im Sinne von Art. 4 ATSG vorhanden war. Damit erfüllt der Vorfall sämtliche Tatbestandsmerkmale eines Unfalles. An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen der Beschwerdegegnerin – wie nachstehend gezeigt wird – nichts zu ändern. Die Beschwerdegegnerin beruft sich darauf, dass der Beschwerdeführer 2 bereits vor dem Ereignis vom 24. Juli 2010 Probleme

- 18 - mit dem rechten Bein gehabt habe. Es trifft zu, dass sich der Beschwerdeführer 2 in den Jahren 1999 und 2002 Varizenoperationen der Vena saphena magna unterzogen hat, und dass er anlässlich einer angiologischen Untersuchung am 12. April 2010 angegeben hat, er leide seit zirka einem Monat unter Schmerzen in der Wade und der Fusssohle, vor allem im Liegen und links mehr als rechts, und unter einer Waden- und Knöchelschwellung links mehr als rechts nach längerem Sitzen als Nachtportier (Bericht Dr. med. K._____, Bg-act. B8). Ebenso trifft zu, dass bei der CT-Untersuchung vom 19. August 2010 ein altes, abgerundetes Fragment von 3 mm Grösse unterhalb der Fibula festgestellt wurde (Bericht Radiologie Kantonsspital, Bg-act. B14). Die Beschwerdegegnerin leitet daraus ab, dass

möglicherweise eine vorbestehende Instabilität des OSG vorgelegen habe, so dass das Einknicken auf der Treppe als Giving-Way des vorgeschädigten OSG verstanden werden könne. Dem kann nicht gefolgt werden. Die Vermutung der Beschwerdegegnerin beruht weder auf medizinischen Abklärungen noch ist sie nachvollziehbar. Eine relevante Vorschädigung ist medizinisch nicht dokumentiert. Weder die im Frühjahr 2010 geklagten Schmerzen und Schwellungen noch das alte abgerundete Knochenfragment entsprechen einem Zustand, welcher Einfluss auf die Stabilität des OSG gehabt haben könnte. In den Akten findet sich denn auch keine ärztliche Aussage, welche darauf hindeuten würde, dass das Verletzungsbild nach dem Ereignis vom 24. Juli 2010 einer vorbestandenen Krankheit zugeordnet werden könnte. Aufgrund der derzeit aktenkundigen medizinischen Feststellungen gibt es somit keine Indizien, die gegen die Qualifikation des Ereignisses vom 24. Juli 2010 als Unfall sprechen würden. e) Somit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 24. Juli 2010 zu Unrecht nicht als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG qualifiziert hat. Bei diesem Ergebnis erübrigt es sich zu prüfen, ob das Ereignis vom 24.

- 19 - Juli 2010 die Voraussetzungen einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 9 UVV) erfüllt. 6. a) Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zudem voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E.3). Vorliegend erlaubt die medizinische Aktenlage die Prüfung des Kausalzusammenhangs nicht. Trotz zahlreicher Gutachteranfragen konnte die Beschwerdegegnerin bisher kein Gutachten einholen, so dass aktuell zu dem komplexen medizinischen Sachverhalt keine umfassende Beurteilung vorliegt. Die in den Akten befindlichen Angaben zum ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 24. Juli 2010 und den Beschwerden am rechten Unterschenkel genügen den Beweisanforderungen nicht, wurden sie doch immer nur nebenbei und nie im Rahmen einer umfassenden Würdigung des gesamten Geschehens inklusive der medizinischen Vorgeschichte gemacht. Zur Ursache der Beschwerden am linken Bein, nicht direkt vom Vorfall vom 24. Juli 2010 betroffenen Bein finden sich zwar spezifische Stellungnahmen. Der leitende Arzt der Anästhesie und der Schmerzsprechstunde des Universitätsspitals Basel bejahte in seinen Berichten vom 2. April 2013 (Bg-act. B121) und vom 5. Juli 2013 (Bg-act. B121) den Kausalzusammenhang, während der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin den Kausalzusammenhang verneinte (Stellungnahme vom 8. März 2013, Bg-act. B119). Es erübrigt sich indessen, diese gegenteiligen Arztberichte zu würdigen, kann doch die Frage des Kausalzusammenhangs bezüglich des linken Beins nicht losgelöst von der Situation am rechten Bein geklärt werden. Die Verneinung der Leistungspflicht für die Beschwerden am linken Bein allein gestützt auf die Kurzbeurteilung von Dr. med. I. _____ war angesichts der medizinischen Aktenlage nicht rechens.

- 20 - b) Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt umfassend abzuklären. Sie hat ein polydisziplinäres Gutachten in allen relevanten Fachrichtungen einzuholen. Dabei hat sie zu berücksichtigen, dass in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers 2 neben den rheumatologisch-orthopädischen und sonstigen organischen Beschwerden auch psychische Probleme aufgetreten waren (z.B. eine Angst- und Panikstörung und der Verdacht auf eine Konversionsstörung/dissoziative Bewegungsstörung, diagnostiziert im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 31. Januar 2011 [Bg-act. B32]). Das Gutachten muss sämtliche medizinischen Aspekte in einer

Gesamtschau würdigen und die Frage des Kausalzusammenhangs für die Beschwerden am rechten und am linken Bein beantworten. Dabei wird auch die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfene Frage, inwieweit bei den Komplikationen im Heilungsverlauf eine allfällige vorbestehende gesundheitliche Problematik und eine allfällige Fehlbehandlung mitspielen, zu untersuchen sein. 7. a) Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und die An- gelegenheit wird zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Nach Vorliegen dieses Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin neu über die Versicherungsleistungen bezüglich des rechten und des linken Beines zu entscheiden haben. b) Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren nach Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. c) Die Beschwerdeführerin 1 hat gemäss Art. 61 lit. g ATSG e contrario keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. d) Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach

- 21 - der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Vorliegend macht der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers 2 mit Honorarnote vom 2. Mai 2016 ein Honorar von Fr. 3'636.-- für einen Aufwand von 15 ¼ Stunden zu einem Stundenansatz von Fr. 240.-- geltend. Dies ist nicht zu beanstanden. Weiter werden eine Spesenpauschale von Fr. 109.10 (3 %) und Spesen für Fotokopien von Fr. 300.-- geltend gemacht. Letzteres ist nicht gerechtfertigt, handelt es sich doch um Kopien der Akten der Beschwerdegegnerin, von welchen der Anwalt angesichts seines Editionsantrags hätte annehmen können, dass sie ohnehin Eingang ins Verfahren finden würden. Bei einem Honorar von Fr. 3'636.--, einer Spesenpauschale von Fr. 109.10 und einem Betrag für die Mehrwertsteuer in der Höhe von 299.60 ergibt sich eine aussergerichtliche Entschädigung von Fr. 4044.70. Demnach erkennt das Gericht:

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