

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/64 vom 8. Juni 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_64

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/64 du 8 juin 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/64 del 8 giugno 2012

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität einer Tendinitis nach Distorsion der Achillessehne; Erreichen des Status quo sine bzw. ante nach Achillessehnen-distorsion sowie Wadenkontusion (Entscheid der Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2012, UV 2011/64).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen Kausalszusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigungen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Im weiteren ist festzuhalten, dass bei einmal gegebener Unfallkausalität die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der Unfall nicht mehr die Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch auf unfallfremden Tatsachen beruht. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast beim Unfallversicherer. Dabei muss nicht der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrecen oder degenerative Veränderung sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des

Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311).

E. 2

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 14. April 2010 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen). Laut Einspracheentscheid vom 1. Juli 2011 erachtet sie jedoch die Kausalität zwischen den fortdauernd geklagten Beschwerden im Bereich der rechten Achillessehne und der rechten Wade (vgl. dazu act. K45) und dem erlittenen Unfall lediglich bis 3. Dezember 2010 als gegeben und stellte demnach ihre Leistungen per diesem Datum ein. Streitig ist, ob die vorgenannte Leistungseinstellung zu Recht erfolgte. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin hauptsächlich gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Prof. H. ___ bejaht (act. M11). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht demgegenüber geltend, aufgrund der Berichte von Dr. D. ___ sei von einer über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinausgehenden Unfallkausalität auszugehen. Im Folgenden sind deshalb die verschiedenen ärztlichen Beurteilungen zu würdigen.

E. 3

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion als objektvierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund erhoben wird. Weder im Rahmen der im Rodiag Center am 30. August 2010 durchgeführten MRI-Untersuchung der rechten Achillessehne noch im MRI des rechten Unterschenkels auf Höhe des Schmerzareals im mittleren Unterschenkelbereich rechts vom 3. Dezember 2010 ergaben sich Hinweise auf eine Partialruptur der Sehne oder einen Status nach Muskelriss. Die Darstellungen waren diesbezüglich regelrecht. Hingegen zeigte sich im Bereich der distalen Achillessehne als eindeutiges organisches Substrat eine Tendinopathie/Tendinitis (act. G 1.1/3 und 9, act. M9, act. M10). Die Ärzte sowie die Verfahrensparteien setzten sich insofern im Wesentlichen mit der Frage auseinander, ob die Tendinitis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 14. April 2010 verursacht wurde, diskutierten aber auch das Vorliegen fortdauernder Unfallrestfolgen im Bereich der rechten Wade. 3.2 Prof. H. ___ spricht im Zusammenhang mit der Tendinitis von einer Achillodynie - einem Schmerzsyndrom bzw. -zustand im Bereich der Achillessehne infolge der Tendinitis (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, 262. Aufl., Berlin 2010, S. 14). Eine Kausalität der Achillodynie sowie der Beschwerden im Bereich der rechten Wade zum Unfallereignis erachtet er lediglich als möglich, womit den Beweisanforderungen im Sozialversicherungsrecht nicht Genüge getan wäre (vgl. dazu Th. Locher, a.a.O., S. 451 f.). Laut Prof. H. ___ konnte zu keinem Zeitpunkt eine Traumadiagnose bzw. ein eindeutiger posttraumatischer Befund gestellt werden; auch nicht im MRI des rechten Unterschenkels vom 3. Dezember 2010. Für eine banale Kontusion der Wade müsste der Heilungsverlauf längst abgeschlossen sein, ohne persistierende Beschwerden. Während die Achillodynie allgemein keine Traumadiagnose, sondern einen unfallfremden Faktor darstelle, sei in

Bezug auf die rechte Wade von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen. Der Status quo sine bzw. ante sei jedoch spätestens per 3. Dezember 2010 erreicht worden. Das MRI des rechten Unterschenkels weise keine pathologischen Befunde mehr auf. Ansonsten, d.h. auch was den Unfallhergang betreffe, verweise er auf den Konsiliarbericht von Dr. G.____ vom 20. Dezember 2010. Dr. G.____ hält anamnestisch fest, dass der Beschwerdeführer im November 2006 eine Distorsion (Hyperextension) am rechten oberen Sprunggelenk [OSG] durch Ausrutschen in einem Tiefkühlraum mit nachfolgender konservativer Behandlung mit Physiotherapie und mühsamem Verlauf erlitten habe. Anfänglich habe die Arbeit nur zu 50% aufgenommen werden können. Ab 2008 sei die Arbeit im Restaurant zu 70% und bei einem Pizzakurier zu 30% möglich gewesen. Am 14. April 2010 sei der Beschwerdeführer beim Überspringen eines Stapels von mit Siruptüten gefüllten Kartonschachteln gestolpert, worauf einer davon gestürzt sei und den rechten Unterschenkel von lateral-hinten getroffen habe. Nach eigenen Angaben sei er aber nicht gestürzt. Leichte, vorbestehende Schmerzen (2-3 auf einer Schmerz-Analog-Skala von 0-10) hätten sich auf 5-6 verstärkt. Als Befunde erhob Dr. G.____ anlässlich der Untersuchung vom 25. November 2010 insbesondere eine deutliche Druckdolenz und eine leichte Verhärtung im Bereich des medialen Gastrocnemius an der Wade rechts. Links waren die Weichteile in diesem Bereich weicher. Die Achillessehne inklusive Ansatz am Calcaneus beidseits war palpatorisch unauffällig, rechts ca. 4 cm oberhalb des Ansatzes druckdolent. Krepitationen zeigten sich bei Bewegungen oder bei Palpation keine. Die Bewegungen im OSG und unteren Sprunggelenk (USG) sowie im Mittel- und Vorfuss waren symmetrisch gut. Die Durchblutung und Sensibilität war beidseits erhalten. Die Reflexe waren gut auslösbar, die Kraft symmetrisch gut, rechts jedoch bei Plantarflexion gegen Widerstand im Wadenbereich schmerzhaft. Dr. G.____ hielt sodann in der Beurteilung anhaltende, chronifizierte Wadenschmerzen trotz ausgiebiger Therapie bei Status nach Trauma im Jahr 2006 und im April 2010 fest. Der Unfallmechanismus passe nicht zu einem Problem an der distalen Achillessehne, wohl aber zu den Muskelbeschwerden bei klinisch nachvollziehbarer Verspannung im medialen Gastrocnemius. Andererseits seien das MRI des rechten Unterschenkels vom 3. Dezember 2010 und dasjenige vom 24. Oktober 2009 bis auf minime Reizerscheinungen an der Achillessehne unmittelbar am Ansatz am Calcaneus unauffällig. Es bestehe somit eine Diskrepanz zwischen den starken subjektiven Beschwerden und den bescheidenen Befunden. Mit den subjektiven Beschwerden sei eine volle Arbeitsfähigkeit aus Sicht des Beschwerdeführers verständlicherweise kaum realisierbar, bei fehlendem Korrelat im MRI und bei geringen klinischen Befunden allerdings schwer nachvollziehbar. Die Arbeitsfähigkeit sollte schrittweise gesteigert werden mit dem Ziel der vollen Arbeitsfähigkeit bis Ende März 2011 (act. M10).

3.3 Prof. H.____ und Dr. G.____ stellen in ihren Beurteilungen auf die medizinischen Akten sowie die Erkenntnisse in der medizinischen Literatur ab, aber insbesondere auch auf Beurteilungskriterien für die Bestimmung der Ursächlichkeit eines Gesundheitsschadens, d.h. den Unfallmechanismus, die Unfalldiagnosen und erhobenen Befunde sowie das Bestehen von Vorzuständen. Ihre Beurteilungen stehen zudem mit derjenigen von Dr. E.____ im Einklang. Die Einschätzung von Dr. D.____, auf welche sich der Beschwerdeführer beruft, vermag hingegen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu überzeugen.

3.4 Richtungweisend ist zunächst, dass sowohl Prof. H.____ als auch Dr. G.____ die Tendinitis bzw. Achillodynie - als einzige im konkreten Fall radiologisch objektivierte Gesundheitsschädigung - offensichtlich nicht als Traumadiagnose betrachten. Dr. G.____ bekundet dies damit, dass er den Unfallmechanismus als unpassend

für ein Problem an der distalen Achillessehne bezeichnet. Auch in der medizinischen Literatur wird als Ursache für eine Tendinitis der Achillessehne bzw. Achillodynie übereinstimmend eine chronische Überbeanspruchung, beispielsweise durch sportliche Aktivitäten, angeführt. Die Achillodynie als Folge eines Traumas wird nicht beschrieben (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 14, S. 2042 ["Tendopathie"]; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 751; Das MSD Manual, 6. Aufl. München 2000, S. 615; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 13, 1808; <http://gelenk-doktor.de/sprung-gelenk/achillodynie> , Abfrage vom 26. April 2012; M. Wünnemann, D. Rosenbaum: Chronische Tendinopathie der Achillessehne - ein multifaktorielles Beschwerdebild in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jahrgang 60, Nr. 11 [2009]). Wenn demgegenüber Dr. D.____ die chronischen Beschwerden im Bereich der distalen Achillessehne - im MRI als Tendinopathie resp. Tendinitis dargestellt - insofern als Unfallfolge deutet, als diese im fraglichen Bereich auch tatsächlich nach dem Unfall aufgetreten seien (act. K45), argumentiert er mit dem zeitlichen Aspekt. Dieser allein besitzt jedoch keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann eine Unfallfolge oder unfallähnliche Körperschädigung wäre, wenn sie nach einem Unfall bzw. einem unfallähnlichen Ereignis auftrat. Der von Dr. F.____ verwendete Begriff "postkontusionelle Achillodynie" vermag juristisch gesehen ebenfalls nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen, sondern drückt ebenso nur aus, dass gewisse Beschwerden nach einem Unfall aufgetreten sind (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 340 E. 2b/bb).

3.5 Die Argumentation von Dr. D.____, die chronischen Beschwerden seien unfallkausal, weil sie unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten seien, lässt sodann ausser Acht, dass es sich bei der Tendinitis - wie in Erwägung 3.4 dargelegt - wenn überhaupt nur um eine indirekte bzw. sekundäre Unfallfolge handeln kann. Nachdem eine Achillodynie unter anderem auch als Folge einer Fehlstellung des Fusses auftreten kann, erscheint die Annahme einer indirekten Unfallkausalität, d.h. Fehlbelastung/Überbelastung als Folge einer traumatischen Läsion zumindest nicht abwegig. Daraus folgt jedoch, dass unmittelbar nach dem Unfall beim Beschwerdeführer noch keine im Zusammenhang mit einer Tendinitis stehenden Beschwerden vorliegen konnten. Die weiteren Ausführungen von Dr. D.____ in Bezug auf die chronischen Beschwerden im Bereich der Achillessehne lassen denn auch einen sekundären Gesundheitsschaden annehmen. So hält er weiter fest, dass es durch die ungünstige Belastung immer wieder zu Irritationen komme, weshalb sich der Befund hartnäckig chronifiziert habe. Für die Kausalitätsbeurteilung nachfolgend aufgetretener Gesundheitsschäden bildet die bei einem Unfall erlittene Verletzung mit ihren Beschwerden den massgebenden Ausgangspunkt. So hängt die Entwicklung einer sekundären Unfallfolge häufig von der Schwere oder Heilungsdauer der primären Unfallverletzung ab. Laut Ausführungen in Erwägung 3.1 sind jedoch im konkreten Fall primäre unfallspezifische strukturelle Gesundheitsschäden auszuschliessen. Weder die MRI-Untersuchung der rechten Achillessehne noch diejenige der rechten Wade haben ergeben, dass der Beschwerdeführer am 14. April 2010 eine schwerere Sehnen- oder Muskelverletzung erlitten hätte. Verbunden mit dieser Sachlage erscheint jedoch auch eine indirekte Unfallfolge in Form einer Tendinitis bzw. Achillodynie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Gleichermassen muss auch, was die klinisch feststellbaren Verspannungen der Wadenmuskulatur angeht - von Dr. D.____ in seinem

Bericht vom 29. Januar 2011 (act. M12) als konsekutiv auftretendes Beschwerdebild unter der alltäglichen Belastung und damit ebenfalls im Sinne einer Überbelastung bei Fehlbelastung erfolgt bezeichnet -, eine indirekte Unfallkausalität verneint werden. Verhärtungen und Verspannungen der Wadenmuskulatur sind für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/08, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3).

E. 3.6.1

Die von Dr. D.____ echtzeitlich gestellten Diagnosen eines Status nach Hyperextensionstrauma des OSG rechts und einer Achillessehnenzerrung (act. M8) sowie die von Prof. Engelhard erwähnte Kontusionsverletzung der rechten Wade (act. M11) vermögen - wie von Prof. H.____ in seiner Beurteilung vom 27. Januar 2011 angenommen - keine fortdauernde bzw. über den 3. Dezember 2010 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung; rund siebeneinhalt Monate nach dem Unfall) hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Mit dem an diesem Tag vorliegenden Ergebnis der MRI-Untersuchung des rechten Unterschenkels stand objektiv fest, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 14. April 2010 keine strukturelle Verletzung erlitten hatte (act. G 1.1/3, M9). Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen (Distorsionen) ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Dieser medizinische Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Entsprechend den vorstehenden Ausführungen erklärte Dr. G.____ eine Arbeitsunfähigkeit dann als ausgewiesen, wenn sich anlässlich der MRI-Untersuchung der rechten Wade ein Muskelriss zeigen würde (act. K24). Ein solcher konnte, wie bereits erwähnt, nicht erhoben werden. Im vorliegenden Fall liegen demnach keine Hinweise für einen Ausnahmefall vor. So bezeichnete auch Dr. D.____ die Verletzungen infolge des Unfalls vom 14. April 2010 als leicht, höchstens mittelschwer (act. K45). Dr. G.____ benannte die von ihm erhobenen Befunde (vgl. Erwägung 3.2; act. M10) als bescheiden und von den starken subjektiven Beschwerden divergierend. Seine Aussage, der Unfallmechanismus passe zu den Muskelbeschwerden bei klinisch nachvollziehbarer Verspannung im medialen Gastrocnemius (act. M10), ist sodann als blosser Hinweis auf eine anfängliche Kausalität der fraglichen Beschwerden im Zusammenhang mit der beim Unfall erfolgten Wadenkontusion zu betrachten, nicht jedoch als solcher für eine fortdauernde Unfallkausalität. In Bezug auf den vorliegenden Fall ist im Übrigen zu beachten, dass der Beschwerdeführer gemäss MRI-Untersuchung vom 24. Oktober 2009 bereits vor dem Unfall vom 14. April 2010 Reizzeichen medial am Ansatz der Achillessehne und am muskulo-tendinösen Übergang und damit einen identischen Gesundheitsschaden gezeigt hat (act. M10). Der Beschwerdeführer litt also unter einem Vorzustand, der bereits für sich allein betrachtet und ohne zusätzliche Unfalleinwirkung die heutigen Beschwerden zu erklären vermag.

E. 3.6.2

Die Stellungnahme von Dr. E. ___ vom 6. September 2010 festigt diese Beurteilung (act. M6). Seine Einschätzung erfolgte ohne Einbezug radiologischer Untersuchungsergebnisse, weshalb er sie unter dem Vorbehalt formulierte, dass der Beschwerdeführer keine schwerere Verletzung erlitten habe. In Bezug auf eine Distorsion resp. Muskelzerrung hielt er jedoch fest, dass der Heilverlauf als sehr stark prothrahiert bezeichnet werden müsse. Unterdessen seien fast fünf Monate seit dem Unfallereignis vergangen und der Beschwerdeführer sei offensichtlich immer noch nicht voll arbeitsfähig. Eine solche Arbeitsfähigkeitsdauer wegen einer Distorsion resp. Muskelzerrung im Bereich der Wade sei aussergewöhnlich lang. Die Frage, ob die objektiven Befunde und subjektiven Angaben des Beschwerdeführers übereinstimmen würden, beantwortete Dr. E. ___ aufgrund des prothrahierten Verlaufs mit eher nein. Er habe Schwierigkeiten sich vorzustellen, dass der Beschwerdeführer immer noch wesentliche Beschwerden im Fuss haben könne. Es sei denn, dass die Diagnose nicht stimmen würde oder dass zusätzliche Verletzungen, welche vom Hausarzt bisher noch nicht diagnostiziert worden seien, vorliegen würden. Dem Beschwerdeführer könne rein von der Zeit her seit dem Unfallereignis die volle Arbeitsfähigkeit zugemutet werden. Es stelle sich aber die Frage, ob die vom Hausarzt gestellte Diagnose ausreichend sei. Vorstellbar wären z.B. ein Knorpelschaden oder eine effektive Läsion der Achillessehne. Aus der Entfernung betrachtet, sei die jetzt noch attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Entweder sei die Diagnose nicht vollständig oder es handle sich um unfallfremde psychosoziale Faktoren, welche die Arbeitsunfähigkeit verlängern würden. Nachdem der von Dr. E. ___ angeführte Vorbehalt bzw. die Eventualität einer schwereren Verletzung, beispielsweise eines Muskel- oder Sehnenrisses, mit der MRI-Untersuchung des rechten Unterschenkels und zuvor mit der MRI-Untersuchung der rechten Achillessehne ausgeschlossen werden konnte, ist auch gestützt auf seine Beurteilung vom Erreichen des Status quo sine auszugehen. Die von Dr. G. ___ gemachten Ausführungen stimmen schliesslich mit denjenigen von Dr. E. ___ insofern überein, als auch er auf die Diskrepanz zwischen den starken subjektiven Beschwerden und den bescheidenen Befunden verweist. Mit den subjektiven Beschwerden sei eine volle Arbeitsfähigkeit aus Sicht des Beschwerdeführers verständlicherweise kaum realisierbar, bei fehlendem Korrelat im MRI und bei geringen klinischen Befunden allerdings schwer nachvollziehbar (act. M10). 3.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Nachweis für das Dahinfallen der Kausalität zwischen dem Unfall vom 14. April 2010 und den im Bereich der rechten Achillessehne und der rechten Wade geklagten Beschwerden ab 3. Dezember 2010 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist. Die Einstellung der Leistungen erweist sich damit als gerechtfertigt.

E. 4

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers lässt in der Beschwerdeeingabe vom 5. September 2011 die Finanzierung von MBT-Schuhen bzw. die Kostenbeteiligung der Beschwerdegegnerin an einem Hilfsmittel beantragen (Art. 11 UVG). Die Beschwerdegegnerin macht in der Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2011 zu Recht geltend, dass die Finanzierung von MBT-Schuhen nicht Gegenstand der Verfügung vom 9. Februar 2011 und auch nicht Gegenstand des Einspracheverfahrens gewesen sei. Die damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers habe diesbezüglich keinen Antrag gestellt. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 1. Juli 2011, mit dem die Beschwerdegegnerin einzig über die Einstellung der ursprünglich ausgerichteten Leistungen, d.h. Heilkosten- und Taggeldleistungen, per 3. Dezember 2010 entschied. Die Frage der Übernahme von

Hilfsmittelkosten wurde - wie bereits erwähnt - in der Beschwerdeeingabe erstmals angesprochen. Auf diese Frage kann demnach auch im vorliegenden Verfahren nicht eingetreten werden, da im Beschwerdeverfahren lediglich Leistungsansprüche geprüft werden können, zu welchen die Vorinstanz im Einspracheentscheid und in der vorangehenden Verfügung Stellung genommen hat (BGE 125 V 413). In der Duplik vom 5. Dezember 2011 merkte die Beschwerdegegnerin indessen an, dass es dem Beschwerdeführer anheimgestellt sei, in der fraglichen Angelegenheit ein entsprechendes Gesuch zu stellen. Der Umstand, dass eine Therapie mittels MBT-Schuhen bereits früher von den Ärzten empfohlen worden ist, vermag an obgenannter Beurteilung nichts zu ändern, sondern ist allenfalls in die konkrete Beurteilung einer allfälligen Kostenübernahmepflicht von der Beschwerdegegnerin miteinzubeziehen.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 1. Juli 2011 abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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