

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/32 vom 13. November 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-11-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_32

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/32 du 13 novembre 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/32 del 13 novembre 2012

Regeste

ATSG Art. 4, UVG Art. 6: Fehlende Kausalität einer Stressfraktur im linken Fersenbein, Morton-Neuromen in beiden Füßen sowie Pathologien der Peronealsehnen am linken Fuss nach einer Distorsion des linken Fusses bestätigt (Entscheidung des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 13. November 2012, UV 2012/32).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Unfallkausalität der Gesundheitsbeeinträchtigungen an den Füßen der Beschwerdeführerin (Morton-Neurome beidseits, Pathologie der Peronealsehnen linksseitig, unspezifische Beschwerden rechtsseitig) und daher eine weitere Leistungspflicht verneint und die Zahlung von Taggeldern ab 8. November 2010 eingestellt hat. Nicht Gegenstand der vorliegenden Beschwerde sind demgegenüber Gesundheitsbeeinträchtigungen in der linken Schulter und an der Halswirbelsäule sowie die Kopfschmerzen.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Grundlagen für die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zutreffend ausgeführt (E. 3.3). Dasselbe gilt für die Darlegungen, dass aus dem Auftreten einer Gesundheitsbeeinträchtigung zeitlich nach dem Unfall nicht auf ihre Verursachung durch den Unfall geschlossen werden könne (Untauglichkeit der Formel "post hoc ergo propter hoc"; E. 3.3). Darauf kann verwiesen werden. 2.2 Ergänzend 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 Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen 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 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2008, 8C_17/2007, E. 2.2 mit Hinweisen). Die genannte Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 138 V 222 E. 6 und BGE 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 4.3.2).

2.3 Soweit eine Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro erfolgt, wie dies vorliegend im Ergebnis für die Stressfraktur des Tuber calcanei geschehen ist (vgl. im Detail nachstehende E. 3.3.12), ist die Berufung auf die Wiedererwägung oder die prozessuale Revision als Rückkommenstitel nicht erforderlich, da jene kein Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet (BGE 130 V 384 E. 2.3.1 und in BGE 136 V 2 nicht publizierte E. 5.1 des Urteils vom 11. Januar 2010, 8C_444/2009). Will der Unfallversicherer bisher zu Unrecht ausgerichtete Leistungen nicht zurückfordern, ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche der Unfallversicherer ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann, sofern die Leistungseinstellung materiell-rechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2) und es nicht um Dauerleistungen geht (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2010, 8C_1019/2009, E. 4.2).

2.4 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 E. 5.1 und BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin hatte sich beim Sturz am 1. Juli 2008 den linken Fuss verstaucht bzw. laut Unfallmeldung verknackt (UV-act. K1). Der Hausarzt stellte Schmerzen im Bereich des Mittelfusses fest ("schmerzhafter Fussrücken über Metatarsale I-III links") und diagnostizierte eine Fussdistorsion links. Er veranlasste eine symptomatische Therapie und prognostizierte den Behandlungsabschluss voraussichtlich in 3 Wochen (UV-act. M2). Dr. D.____, den die Beschwerdeführerin am 21. Juli 2008 aufsuchte, gab als Diagnose "Dystorsio art. T/C lat.sin." an sowie "Ruptura part. lig. T/F et lig. deltoïd. lat.sin." (UV-act. M1; von Prof. J.____ in seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2011 als Distorsion des OSG links mit Partialrupturen der Seitenbänder medial und lateral

übersetzt [UV-act. M54, Antwort auf Frage 7, S. 4 unten]). Demgegenüber lautete die Diagnose von Dr. E. ___ am linken Fuss auf Chopart-Distorsion (Verstauchung im Mittelfuss; UV-act. M3). Übereinstimmend gingen die drei erstbehandelnden Ärzte von einer Distorsion (Verdrehung bzw. Verstauchung oder Zerrung, vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. 2011 S. 479) des linken Fusses aus, differierten allerdings bezüglich betroffenem Gelenk (OSG oder Chopart-Gelenk). Dr. D. ___ schilderte abweichend von Dr. C. ___ und Dr. E. ___ zudem eine Teilruptur der Seitenbänder. Unbestritten sind die unfallbedingte volle Arbeitsunfähigkeit vom 3. Juli bis 18. August 2008 sowie die konservative Therapie des linken Fusses. Letztere verlief laut Berichten des behandelnden Orthopäden vom 23. September und 4. November 2008 (über die Infiltrationen des Schultergelenks; UV-act. M4 f.) gut. Im Bericht vom 28. April 2009 über die Nachkontrolle nach der Arthroskopie der linken Schulter mit Acromioplastik und AC-Gelenkresektion vom 27. Januar 2009 hielt Dr. E. ___ "leichte Restbeschwerden an Schulter und Fuss, sonst komplikationslos" fest und verneinte die Frage, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei (UV-act. M9). Die Beschwerdegegnerin hatte die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten und Taggelder) erbracht und damit diese Gesundheitsbeeinträchtigungen als Unfallfolgen anerkannt.

3.2 Im Sommer 2009, mithin ein gutes Jahr nach dem Unfall vom 1. Juli 2008, traten schmerzhafte Schwellungen an beiden OSG der Beschwerdeführerin auf. In der Duplexsonographie vom 4. August 2009 wurde am linken Unterschenkel eine tiefe Venenthrombose der Fibularisvenen-Gruppe festgestellt (UV-act. M10). Die Magnetresonanztomographie (MRI) vom 24. August 2009 am linken OSG zeigte als Ursache für die schmerzhafte Schwellung des Gelenks eine Stressfraktur im Bereich des Tuber calcanei mit umschriebenem Knochenmarködem und begleitender Weichteilschwellung. Aussen- und Innenbandapparat liessen sich demgegenüber nach Verlauf, Breite und Signalgebung regelrecht, Talocalcaneal- und Talonavicular-Gelenk normal darstellen (UV-act. M11). Das MRI des rechten Fusses vom 25. August 2009 zeigte dagegen mit Ausnahme eines minimalen Gelenkergusses eine unauffällige Darstellung des OSG und unteren Sprunggelenks (USG; UV-act. M12). Entgegen des klaren Beschriebs der Fraktur am linken Fuss durch den Facharzt FMH für Radiologie, Prof. Dr. med. L. ___, als Stressfraktur (UV-act. M11), wandelte Dr. F. ___, dem die Beschwerdeführerin zur ambulanten Beurteilung zugewiesen worden war, im Bericht vom 27. August 2009 die Diagnose in "nicht dislozierte Fraktur des Tuber calcanei links" (UV-act. M13). In dieser Form nahm sie auch Dr. med. M. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, in seinen Zwischenbericht vom 4. September 2009 an die Beschwerdegegnerin auf (UV-act. M14). (Im Bericht vom 16. März 2011 [UV-act. M51] übernahm auch Dr. med. O. ___, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, diese Diagnose und, gestützt auf ihre Zuweisung, Dr. med. P. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, wobei letzterer gar eine "posttraumatische, nicht dislozierte Tuber calcanei Fraktur links vom 1. Juli 2008" aufführte [UV-act. M57 f.] Die Helsana liess die Versicherte am 7. Dezember 2009 konsiliarisch durch Dr. med. Q. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, untersuchen und zu ihrer Arbeitsfähigkeit sowie zur Kausalität Stellung nehmen. Dr. Q. ___ führte im Bericht vom 11. Dezember 2009 aus, die Arbeitsunfähigkeit von 100% als Pflegefachfrau für Demenzerkrankte seit 4. August 2009 bestehe weiterhin und sei von Dr. F. ___ anlässlich der Konsultation vom 14. Dezember 2009 zu überprüfen. Bezüglich Kausalität seien die Verletzungsbilder im Bereich der linken Schulter und des linken Fusses gesichert, ebenso

die Venenthrombose (Diagnosen linke Schulter: Zustand nach Traumatisierung bei AC-Gelenkarthrose und subacromialem Impingement und nach Arthroskopie [27. Januar 2009] mit AC-Gelenkresektion und Acromioplastik; linker Fuss: Zustand nach Stressfraktur am Tuber calcanei [Fersenbein] ohne Dislokation). Nicht gesichert seien bis jetzt die Verletzungsbilder des rechten Fusses und der Handgelenke beidseits (unklares Schmerzbild beider Hände und des rechten Fusses; UV-act. M27). Gestützt auf den Bericht von Dr. Q.____ kam die Beschwerdegegnerin weiterhin für die Behandlung der Beschwerdeführerin an der linken Schulter und am linken Fuss auf und zahlte im Rahmen der attestierten Arbeitsunfähigkeit Taggelder.

E. 3.3

3.3.1 Beim MRI der linken Ferse (neben einem solchen der hier nicht interessierenden Halswirbelsäule; UV-act. M28) vom 17. Dezember 2009 wurde festgehalten, im Bereich der Knochenstrukturen könne keine Pathologie erkannt werden. Die in den klinischen Angaben angegebene Fraktur sei nicht sichtbar, das heisse mit allergrösster Wahrscheinlichkeit bereits durchgebaut. Weiter wurden regelrechte Befundverhältnisse im Bereich der Sprunggelenke erhoben und festgehalten: "Keine erkennbare Pathologie der Weichteile: Sehnen, Muskulatur, Bänder, Kapselbandapparate." 3.3.2 Anlässlich der Besprechung der MRI-Befunde vom 17. Dezember 2009 mit der Patientin stellte Dr. F.____ am 25. Januar 2010 klassische Morton-Neurome an beiden Füßen mit Kompressionsschmerz der Metatarsaleköpfchen II/III sowohl rechts wie auch links und Senkspreizfüsse fest. Durchblutung, Motorik und Sensibilität distal seien aber intakt. Als Therapie schlug er Infiltrationen und eine Einlagenversorgung vor; erst als letztes dann ein operatives Vorgehen (UV-act. M39, Bericht vom 27. Januar 2010). Zuhanden der Beschwerdegegnerin bestätigte Dr. F.____ am 25. März 2010, dass durch die Therapie im Bereich des linken Fusses - bei neu hinzu gekommenen Morton-Neuromen - ein gutes Resultat erzielt worden sei. Von Seiten des Unfalls sei die Patientin im Bereich der linken Ferse zwischenzeitlich beschwerdefrei. Sie übe ihr 70%-Pensum seit 26. Dezember 2009 wieder zu 100% aus und wünsche trotz Belastung ausdrücklich, diese Arbeitsfähigkeit aufrecht zu erhalten (UV-act. M34). Im Bericht vom 29. März 2010 über die Untersuchung vom 22. März 2010 hielt der Orthopäde zur Anamnese an den Füßen fest: "Nach Infiltration der Morton Neurome beidseits beschreibt sie rechts erneut aufgetretene Beschwerden, links ist sie von Seiten der Morton-Neurome beschwerdefrei." und zum Status am rechten Fuss: "Weiterhin klassische Morton-Neurome zwischen II/III und III/IV Strahl." (UV-act. M33). Eine teigige Schwellung mit Druckdolenz am lateralen Malleolus links wurde im MRI des linken OSG vom 16. April 2010 durch Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Radiodiagnostik, als Tendovaginitis der Sehnen der Peroneusmuskulatur beurteilt. Er hielt gleichzeitig fest: "Normale Stellungsverhältnisse im Bereich des OSG, des USG und der Mittelfussgelenke. Regelrechte ossäre Strukturen mit normaler Signalgebung in den verschiedenen Messequenzen" und weiter: "Keine Gelenkproblematik: glatte Gelenkflächen, erhaltene Knorpelüberzüge, keine freien Gelenkkörper, kein Erguss. Normal abgebildet sind auch die Kapselbandstrukturen, die Sehnen. (...)" (UV-act. M35). Dr. F.____ nahm die neue Diagnose in seinem Bericht vom 27. April 2010 über die Untersuchung vom Vortag auf und plante eine Infiltration der Sehnenscheide (UV-act. M36). 3.3.3 Die bis 30. Juni 2010 eingegangenen Akten wurden dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vorgelegt. Dieser bejahte eine Unfallkausalität der Schulterprobleme sowie der Calcaneusfraktur links (Stressfraktur) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Die

Morton-Neurome beidseits führte er auf die Spreizfuss-Deformität und nicht auf den Unfall zurück (UV-act. M40). Dr. H.____, auf Empfehlung von Dr. G.____ (vgl. UV-act. M39) als Fusspezialist zur Beurteilung zugezogen, bestätigte in seinem Bericht vom 27. September 2010 die Diagnosen Morton'sche Neuralgie II/III und III/IV beidseits und mechanische Reizung des Nervus peroneus superficialis an der distalen/lateralen Wade links. Er berichtete über die kurze Wirkungsdauer der Infiltrationen und schlug einen Operateur für die Revisionsoperation vor, die je nach Leidensdruck der Patientin nötig sein werde (UV-act. M42). Die Röntgenbilder des linken Fusses vom 27. September 2010, die Dr. H.____ für seine Beurteilung hatte anfertigen lassen, zeigten weitgehend altersentsprechende ossäre Verhältnisse im OSG, USG und Mittelfuss-Bereich, keine wesentliche Senkfuss-Stellung, keine Hinweise auf einen Fersensporn oder andere ossäre bzw. Weichteil-Pathologie. Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Radiologie hatte die Frage nach degenerativen Veränderungen bzw. einer Fehlstellung entsprechend mit "weitgehend unauffällige ossäre Verhältnisse" beantwortet (UV-act. M41).

3.3.4 Dr. F.____ liess die Diagnose Morton-Neurom am linken Fuss mittels MRI vom 15. Oktober 2010 nochmals überprüfen (UV-act. M43). Mit Bericht vom 8. November 2010 über die Untersuchung vom 4. November 2010 hielt er die sofortige volle Arbeitsunfähigkeit seiner Patientin bis 21. November 2010 aufgrund der massiven Beschwerden fest sowie eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 50% ab 22. November 2010 (UV-act. M44). Entgegen der Prognose des behandelnden Orthopäden konnte die 50%ige Arbeitsfähigkeit als Nachtwache nicht aufrecht erhalten werden. Er hielt im Bericht vom 22. Dezember 2010 fest, dass es sich im Bereich des OSG um Unfallfolgen handle, während die Morton-Neurome krankheitsbedingt seien und schlug bezüglich weiterem Vorgehen eine Zweitmeinung durch Dr. I.____ vor (UV-act. M45). Dieser führte als Diagnosen am linken OSG im Bericht vom 13. Januar 2011 an: Anterolaterales Impingement, Partialläsion der Peroneus brevis Sehne und Status nach Ermüdungsfraktur des Tuber calcanei. Er schlug eine OSG-Arthroskopie mit operativer Revision der Peronealsehnen vor und verneinte eine relevante mechanische Instabilitätsproblematik. Die geschilderte Unsicherheit führte er auf Schmerzen zurück (UV-act. M46). Dr. F.____ teilte im Sprechstundenbericht vom 26. Januar 2011 über die Untersuchung vom 20. Januar 2011 die Meinung von Dr. I.____ vollumfänglich und hielt darin in Abweichung von seiner früheren Beurteilung (Bericht vom 22. Dezember 2010; UV-act. M45) eine gute Stabilität des OSG fest. Er plante nun eine Arthroskopie des OSG und eine Revision der Peroneus brevis Sehne für den 1. Februar 2011. Weiter führte er aus, das Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis ab November 2010 sei aufgrund des ursprünglichen Unfalls ausgestellt worden (UV-act. M47).

3.3.5 Die Beschwerdegegnerin unterbreitete die Unterlagen Prof. J.____ zur Stellungnahme. Am 9. Februar 2011 hielt dieser fest, dass anlässlich der MRI-Untersuchung vom 17. Dezember 2009 (UV-act. M28) keine Pathologie der Weichteile (Sehnen, Muskulatur, Bänder, Kapselbandapparate) beschrieben worden und die Fraktur im Fersenbein nicht mehr erkennbar gewesen sei. Neue, bislang nicht erwähnte Pathologien im Bereich der Peronealsehnen (langstreckige Rissbildung der Peroneus brevis-Sehne) würden erstmals im MRI vom 15. Oktober 2010 aufgeführt, mehr als zwei Jahre nach dem Unfall (UV-act. M43). Eine natürliche Kausalität zwischen dem Riss der Peroneus brevis-Sehne und dem Ereignis vom 1. Juli 2008 sei aus versicherungsmedizinischem Blickwinkel nicht konstruierbar. Die Ätiologie der Sehnenruptur (Peroneus brevis) sei somit nicht als traumatisch zu begründen, sie müsse als degenerativ angesehen werden. Auf konkrete Fragen hin führte Prof. J.____ aus, die anterolaterale Impingement-Problematik und die Partialläsion der Peroneus brevis-Sehne seien nur mögli-

cherweise natürlich kausal zum Unfallereignis vom 1. Juli 2008. Die Operation vom 1. Februar 2011 (OSG-Arthroskopie links mit Revision der Peronealsehnen und Exzision der Morton-Neurome Strahl II/III und III/IV beidseits; vgl. UV-act. M50) sei daher nicht unfallbedingt notwendig und die Arbeitsunfähigkeit ab 8. November 2010 könne nicht auf ein unfallbedingtes Leiden zurückgeführt werden (UV-act. M49). - Als Prof. J. ___ am 13. Juli 2011 eine weitere Stellungnahme auch zu den Vorbringen in der Einsprache vom 24. März 2011 (UV-act. K70) abgab, lagen ihm zusätzlich zu den Unterlagen, auf die er die Beurteilung vom 9. Februar 2011 gestützt hatte, v.a. der Operationsbericht vom 17. Februar 2011 über die Operation vom 1. Februar 2011 und der Bericht des Instituts für Pathologie vom 4. Februar 2011 vor (UV-act. M48, M50). Er beantwortete am 13. Juli 2011 die Fragen der Beschwerdegegnerin detailliert, erklärte die Befunde und deren Ursachen und leitete im Einzelnen begründet her, welche Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdegegnerin natürlich kausal auf den Unfall zurückzuführen seien bzw. für welche dieser Zusammenhang allenfalls möglich sei. Aufgrund des Berichts des Instituts für Pathologie vom 4. Februar 2011 (UV-act. M48) hielt er fest, lediglich für den Zwischenraum II/III am rechten Fuss sei die Diagnose Morton-Neurom gesichert, für denselben am linken Fuss sei sie verneint worden und für die Zwischenräume III/IV an beiden Füßen könne keine Aussage gemacht werden, weil keine entsprechenden Gewebeproben untersucht worden seien (UV-act. M54).

3.3.6 Die Beschwerdegegnerin holte bei Dr. K. ___ v.a. zur Kausalität der Verletzung der Peronealsehne eine weitere Meinung ein und bat ihn ausdrücklich, Stellung zu den Berichten von Dr. F. ___, Prof. J. ___ und Dr. O. ___ zu nehmen. Dr. K. ___ führte in der Stellungnahme vom 5. November 2011 (UV-act. M56) detailliert begründet und abgestützt auf weitere Unterlagen aus, dass die Läsion der Peronealsehne bei der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich degenerativen Ursprungs sei. Im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. F. ___ vom 27. April 2010 (UV-act. M36) wiederholte er die degenerative Verursachung durch ein chronisches Entzündungsgeschehen und wies auf die falsche Bezeichnung der Stressfraktur am Tuber calcanei durch Dr. F. ___ als nicht dislozierte Fraktur hin, welche im Gegensatz zur überlastungsbedingten Stressfraktur unfallbedingt gewesen wäre. Den Bericht von Dr. F. ___ vom 17. Februar 2011 über die Operation vom 1. Februar 2011 (UV-act. M50) bezeichnete Dr. K. ___ als etwas knapp und bemerkte, eine posttraumatische Peronealsehnenläsion sei aus dem Operationsbericht nicht so eindeutig zu erkennen. Am Sprechstundenbericht von Dr. O. ___ vom 16. März 2011 (UV-act. M51) kritisierte Dr. K. ___ die Indikation für eine Hyaluronsäureinjektion als nicht gegeben. Vielmehr weise die Patientin eine offensichtliche Chronifizierung der Beschwerden auf, benötige eine intensive Physiotherapie, gegebenenfalls stationär, und eine ausreichende Analgesie. Er äusserte auch den Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn für die Patientin. Die Beurteilung von Prof. J. ___ vom 9. Februar 2011 (UV-act. M49) bezeichnete Dr. K. ___ als absolut schlüssig und nachvollziehbar und ohne Widerspruch. Zur Beurteilung von Prof. J. ___ vom 13. Juli 2011 (UV-act. M54; hatte am 5. November 2011 irrtümlich nicht vorgelegen) nahm er am 6. Januar 2012 gleichermassen Stellung und führte aus, auch seine Stellungnahme ändere sich insofern nicht. Er legte dar, dass Prof. L. ___ im MRI vom 24. August 2009 (UV-act. M11) klar eine Stressfraktur beschrieben habe. Diese sei ein chronisches überlastungsbedingtes Geschehen und somit nicht unfallkausal. Auch die Tatsache, dass eine schmerzhaft Schwellung an beiden Sprunggelenken vorhanden gewesen sei (vgl. MRI-Untersuchung am rechten Fuss vom 25. August 2009; UV-act. M12), spreche eher für ein überlastungsbedingtes entzündliches Geschehen (UV-act. M59).

3.3.7 Die Beschwerdeführerin kritisiert insbesondere die Stellungnahmen von Prof. J.____ vom 9. Februar 2011 und 13. Juli 2011 und diejenigen von Dr. K.____ vom 5. November 2011 und 6. (sowie 11. [UV-act. M60]) Januar 2012. Sie würden nicht genügen, um das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs der anhaltenden Beschwerden zum Unfall darzulegen. Auch hätten sich die beiden Orthopäden nicht mit abweichenden Meinungen auseinandergesetzt, die vor allem die behandelnden Ärztinnen und Ärzte geäußert hätten. Dem ist entgegenzuhalten, dass sowohl Prof. J.____ als auch Dr. K.____ sämtliche medizinischen Akten zur Verfügung gestanden hatten, sich beide in ihren Berichten über detaillierte Kenntnisse derselben auswiesen und sich auf die Vorakten abstützten. Wo nötig thematisierten sie abweichende Äusserungen anderer Ärztinnen und Ärzte. Besonders Dr. K.____ setzte sich ausdrücklich und detailliert mit deren Berichten auseinander. Eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin war hauptsächlich deswegen entbehrlich, weil die Kausalität von Gesundheitsbeeinträchtigungen zu beurteilen war, die durch die Operation vom 1. Februar 2011 verändert bzw. behoben worden waren, die die Explorandin also gar nicht mehr aufgewiesen hätte, als Prof. J.____ und Dr. K.____ Stellung nahmen. Diesbezüglich kann ihnen bzw. der Beschwerdegegnerin daher keine Unterlassung entgegengehalten werden. Beide Orthopäden legten die medizinische Zusammenhänge und ihre Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend dar. Ihre Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Zu einzelnen Fragen verwiesen sie auf weiterführende Literatur und wissenschaftliche Studien. Alle Stellungnahmen von Prof. J.____ und Dr. K.____ erfüllen damit die Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Berichte (vgl. E. 2.4). Selbst wenn Prof. J.____, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, als versicherungsinterner Arzt gelten sollte, sind seine Stellungnahmen beweiskräftig: Sie erscheinen schlüssig, sind nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keinerlei Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit (vgl. E. 2.4). Auf diese ärztlichen Unterlagen (UV-act. M49, M54, M56, M59 f.) kann somit abgestellt werden.

3.3.8 Die Beschwerdeführerin lässt ausführen, die MRI-Befunde an der linken Ferse vom 17. Dezember 2009 (UV-act. M28), auf die sich Prof. J.____ in seinen Stellungnahmen hauptsächlich stütze, könnten auch einen Zufallsbefund darstellen bzw. der Radiologe könnte später erhobene Befunde übersehen haben. Dazu ist ihr entgegen zu halten, dass sich die Befunde vom 17. Dezember 2009 nahtlos in die übrigen MRI-Befunde und Untersuchungsberichte einfügen: Bereits am 24. August 2009 erhob Prof. L.____ neben der Stressfraktur am Tuber calcanei mit umschriebenem Knochenmarködem und Weichteilschwellung keinerlei Auffälligkeiten am Aussen- und Innenbandapparat, am Talocalcanealgelenk und am Talonaviculargelenk des linken Fusses (UV-act. M11). Nachdem der linke Fuss zunächst im Vacoped und später im abnehmbaren Kunststoff-Kombigips ruhig gestellt worden war (UV-act. M13, M17), konnte die Beschwerdeführerin anlässlich der Nachkontrolle vom 29. Oktober 2009 angewiesen werden, den Gips zunehmend wegzulassen, damit die Dorsalflexion im OSG verbessert und das Abrollen wieder ermöglicht würden. Neben der eingeschränkten Beweglichkeit im OSG und der hypotrophen Wadenmuskulatur stellte Dr. F.____ keine Druckdolenz, hingegen intakte Durchblutung, Motorik und Sensibilität distal fest (UV-act. M22; Bericht vom 10. November 2009). Anlässlich der Untersuchung vom 25. Januar 2010 berichtete die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Bereich beider Füße. Dr. F.____ erhob klassische Morton-Neurome an beiden Füßen mit Kompressionsschmerz der Metatarsaleköpfchen II/III und Senkspreizfüße. Er wiederholte, Durchblutung, Motorik und Sensibilität distal seien intakt (UV-act. M30). Im Bericht vom 29. März 2010 (über die Untersuchung vom

22. März 2010; UV-act. M33) berichtete Dr. F.____, die Morton-Neurome seien nach Infiltration nur am rechten Fuss wieder aufgetreten, links sei die Patientin diesbezüglich beschwerdefrei. Vier Tage zuvor hatte er auf konkrete Fragen der Beschwerdegegnerin zum Heilungsverlauf geantwortet: "Von Seiten des Unfalls ist die Patientin im Bereich der linken Ferse zwischenzeitlich beschwerdefrei. (...)" (UV-act. M34). Auch als eine teigige Schwellung mit Druckdolenz am lateralen Malleolus links auftrat und im MRI des linken OSG vom 16. April 2010 durch Dr. R.____ als Tendovaginitis der Sehnen der Peroneusmuskulatur beurteilt wurde, konnte der Radiologe gleichzeitig berichten: "Normale Stellungsverhältnisse im Bereiche des OSG, des USG und der Mittelfussgelenke. Regelrechte ossäre Strukturen mit normaler Signalgebung in den verschiedenen Messsequenzen." und weiter: "Keine Gelenkproblematik: glatte Gelenkflächen, erhaltene Knorpelüberzüge, keine freien Gelenkkörper, kein Erguss. Normal abgebildet sind auch die Kapselbandstrukturen, die Sehnen. (...)" (UV-act. M35). Von einer unzutreffenden Zufallsdiagnose anlässlich der MRI-Untersuchung vom 17. Dezember 2009 (UV-act. M28) kann also keine Rede sein. Auch Prof. J.____ und, gestützt auf dessen Ausführungen, Dr. K.____ stützten sich völlig zu Recht auf den damaligen Befund und die darin festgehaltene Unauffälligkeit der Knochenstrukturen, die regelrechten Befundverhältnisse im Bereich der Sprunggelenke sowie Intaktheit von Sehnen, Muskulatur, Bänder und Kapselbandapparate.

3.3.9 Aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte steht fest, dass die Beschwerden im linken Fuss der Beschwerdeführerin, über die sie nach dessen Distorsion beim Unfall vom 1. Juli 2008 klagte, in den ersten Monaten zurückgingen. So konnte Dr. E.____ am 23. September und 4. November 2008 über einen guten Verlauf am linken Fuss unter konservativer Behandlung (mit Physiotherapie) berichten (UV-act. M4 f.). Am 28. April 2009 hielt er aufgrund der Konsultation vom 14. April 2009 "leichte Restbeschwerden" an (Schulter und) Fuss "sonst komplikationslos" fest (UV-act. M9). Nach einer sechseinhalb-wöchigen Arbeitsunfähigkeit vom 3. Juli (Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs bei Dr. C.____; UV-act. M2) bis 18. August 2008, die in erster Linie zur Ruhigstellung des linken Fusses verordnet worden war, hatte die Beschwerdeführerin am 19. August 2008 die Arbeitstätigkeit im Rahmen des vollen Teilzeitpensums von 70% wieder aufnehmen können (UV-act. M3). Die Arbeitsunfähigkeit vom 15. Januar bis 24. März 2009 war wegen der Beschwerden an der Schulter und der dortigen Operation vom 27. Januar 2009 attestiert worden (UV-act. M7, K6, K15 f.). Auch wenn die Beschwerdeführerin geltend macht, sie sei nach dem Unfall am Fuss nicht mehr beschwerdefrei gewesen, sind namhafte Beschwerden erst wieder im Sommer 2009 dokumentiert; neu jedoch an beiden Füßen (Dr. F.____ gab die Schilderung der Patientin anlässlich seines ersten Kontakts mit ihr am 26. August 2009 mit "Zudem hat sie seit dem Unfall Schmerzen in beiden Füßen, ganz klar linksbetont." wieder [UV-act. M13]. Dies erfolgte jedoch entgegen den Angaben in den unfallnahen Akten, wo immer nur Schmerzen im linken Fuss angegeben worden waren.). Nach der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit am 19. August 2008 ist auch keine Behandlung am linken Fuss mehr dokumentiert. Dieser zeitliche Ablauf bildet massgebendes Beurteilungskriterium für die Ursächlichkeit der Gesundheitsschädigung, zusammen mit dem Unfallmechanismus und den echtzeitlich gestellten Unfalldiagnosen (Distorsion des Fusses im Chopart-Gelenk oder im OSG; ausschliesslich von Dr. D.____ zusammen mit Partialrupturen der Seitenbänder medial und lateral diagnostiziert; UV-act. M1 ff.). Es kann vorliegend davon ausgegangen werden, dass die Folgen der Distorsion am linken Fuss bereits im Spätherbst 2008 soweit ausgeheilt waren, dass weder eine eigentliche Behandlung nötig war, noch gar eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit resultierte. Aus den vorstehend aufgeführten Zusammenhängen und Abläufen ergibt sich sachlogisch, dass ausser den nach dem Unfall gestellten Diagnosen der Distorsion des linken Fusses und allfälliger Teiltrupturen der Seitenbänder neue Befunde nicht unfallkausal sein können.

3.3.10 Neben dem Abklingen der unfallnah geltend gemachten Beschwerden, die überdies durch den Unfallmechanismus (Stolpern und Verknacksen des linken Fusses; vgl. UV-act. K1) ohne weiteres erklärbar sind (vgl. E. 3.3.9), fehlt insbesondere für die Morton-Neurome bzw. die entsprechenden Symptome am linken Fuss sowie die Pathologien im Bereich der Peronealsehnen die überwiegende natürliche Kausalität zum Unfall vom 1. Juli 2008. Ärzte, die sich ausdrücklich zur Kausalität äusserten, beurteilten diese höchstens als möglich (vgl. UV-act. M40, M49, M54, M56, M59 f.). Selbst der behandelnde Orthopäde Dr. F.____ führte die Morton-Neurome auf die beidseits vorhandenen Senkspreizfüsse zurück und bezeichnete sie als krankheitsbedingt (UV-act. M30, M34, M45). Die Befunde, deren Unfallkausalität strittig ist, beruhen alle auf später erhobenen Diagnosen, die unfallnah (noch) nicht in Erscheinung getreten waren. Für alle wird die natürliche Unfallkausalität höchstens als möglich beurteilt (vgl. UV-act. M40, M49, M54, M56, M59 f.; speziell zur Stressfraktur am Tuber calcanei vgl. nachstehende E. 3.3.12), was nicht genügt. Der Beschwerdegegnerin ist es daher gelungen, die Aufhebung der Kausalzusammenhänge zum Unfall vom 1. Juli 2008 darzutun.

3.3.11 Soweit in den medizinischen Akten im Zusammenhang mit erhobenen Befunden von "posttraumatisch" oder etwa von Dr. O.____ im Bericht vom 16. März 2011 von "langjähriger posttraumatischer Fehlbelastung" geschrieben wird (UV-act. M51), wird dadurch lediglich der zeitliche Bezug zu einem Unfall hergestellt und nicht über eine allfällige natürliche Kausalität zum Ereignis berichtet. Besonders die Berichte von Dr. F.____ oder Dr. O.____ an den zuweisenden Chirurgen, Dr. M.____, machen keine Hinweise auf eine rechtlich relevante, natürliche Kausalität. Entsprechend lässt sich aus der Benutzung des Adjektivs "posttraumatisch" kein Kausalzusammenhang ableiten. Dass die rein zeitliche Abfolge keine Aussage zur Kausalität beinhaltet, wurde bereits vorstehend zur für den Beweis untauglichen Maxime "post hoc ergo propter hoc" dargestellt (vgl. E. 2.1).

3.3.12 Auch für die zunächst und in diversen Beurteilungen als unfallkausal anerkannte Fraktur am Tuber calcanei gilt, dass sie, wie Dr. K.____ klar und überzeugend herleitete, als Stress- oder Ermüdungsfraktur auf chronische Überlastungen zurückzuführen war und weder zur Schilderung der Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall noch in den natürlichen Heilverlauf nach der Fussdistorsion passt (vgl. UV-act. M13 f, M27, M40 betreffend Anerkennung Kausalität; abweichende Stellungnahmen Dr. K.____ vom 5. November 2011 und 6. bzw. 11. Januar 2012; UV-act. M56, M59 f.). Die Kausalketten, die der neue Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. U.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Rapperswil, im Bericht vom 9. November 2009 (UV-act. M21, K19) darstellte, sind demgegenüber unbegründet und beruhen einzig auf der zum Beweis untauglichen Maxime "post hoc ergo propter hoc" (vgl. E. 2.1). Dasselbe gilt für verschiedene Berichte von Dr. F.____, der immer dann die Beschwerden am Fuss und eine entsprechende Leistungspflicht auf den Unfall zurückführte, wenn er von der Beschwerdeführerin darauf angesprochen wurde (UV-act. M36, M45, M47), während er in den übrigen, eine Mehrzahl bildenden Berichten keinen Kausalzusammenhang herstellte oder ausdrücklich von krankheitsbedingten Befunden schrieb (UV-act. M13, M17, M22, M30, M33 f., M44). Auch die Tatsachen, dass die Beschwerdeführerin im Sommer 2009 über Schwellungen und Schmerzen in beiden OSG und nicht nur im verknacksten linken Fuss klagte (UV-act. M11 f; Klagen über beidseitige Fussbeschwerden nicht seit dem

Unfall vom 1. Juni 2008, wie fälschlicherweise dem Bericht von Dr. F. ___ vom 27. August 2009 [UV-act. M13] entnommen werden könnte), sowie diejenige, dass sie bis im Sommer 2009 20kg Körpergewicht zugenommen hatte (UV-act. K19: Telefonnotiz vom 26. August 2009 bzw. M27: konsiliarische Untersuchung durch Dr. Q. ___), sprechen für die überlastungsbedingte Verursachung der Stressfraktur am Tuber calcanei sowie der beidseitigen Fussbeschwerden. Trotz ursprünglicher Anerkennung der Fraktur als unfallkausal durfte die Beschwerdegegnerin ex nunc et pro futuro auf die diesbezügliche Leistungspflicht zurückkommen. Wie vorstehend dargelegt, ist die Leistungseinstellung materiell-rechtlich begründet, die Stressfraktur überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen und hatte die Unfallversicherung die ausgerichteten Leistungen für die Heilbehandlung und Taggelder ab August 2009 bis 25. Dezember 2009 nicht zurückgefordert. Somit erfüllte sie die Anforderungen an einen Rücktritt ex nunc et pro futuro (vgl. E. 2.3). Mit diesem trat die Beschwerdegegnerin auch von der Leistungspflicht für allfällige Folgen der Stressfraktur zurück, so für die Morton-Neurome an beiden Füßen (bzw. Syndrome mit vergleichbaren Beschwerden), für allfällige Folgen der Injektionen am linken Fuss sowie für die Pathologien im Bereich der Peronealsehnen, sofern und soweit diese Gesundheitsbeeinträchtigungen überhaupt in einen Zusammenhang mit der Stressfraktur gebracht werden können, was jedenfalls medizinisch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist. 3.3.13 Zusammenfassend fehlt es somit am natürlichen Kausalzusammenhang der Gesundheitsbeeinträchtigungen am linken und erst recht am rechten Fuss, die über Frühjahr 2009 hinaus geklagt wurden, zum Unfall vom 1. Juli 2008. Insbesondere bestand keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr für die Arbeitsunfähigkeit, die ab 8. November 2010 attestiert worden war sowie für die Heilbehandlung im Zusammenhang mit den Morton-Neuromen bzw. mit vergleichbaren Beschwerden, die Operation vom 1. Februar 2011 und für spätere Behandlungen.

E. 3.4

3.4.1 Den Ausführungen in Ziffer 19 der Beschwerde (S. 8), wonach eine Instabilität des OSG laut Dr. F. ___ bestanden habe, welche laut Dr. K. ___ Ursache einer Überbeanspruchung der Peronealsehnen sein könne (UV-act. M56), ist entgegenzuhalten, dass Dr. F. ___ in den Berichten vom 8. November und 22. Dezember 2010 (UV-act. M44 f.) von einer Instabilität des linken OSG ausgeht. Aufgrund des Berichts von Dr. I. ___, der am 13. Januar 2011 eine "relevante mechanische Instabilitätsproblematik" verneinte (UV-act. M46), teilte Dr. F. ___ im Bericht vom 26. Januar 2011 die Meinung von Dr. I. ___ vollumfänglich und berichtete seinerseits von einer guten Stabilität des OSG (UV-act. M47; vgl. zum Ganzen auch vorstehende E. 3.3.4). 3.4.2 Die Darlegung der Beschwerdeführerin in Ziffer 11 der Beschwerde (S. 6), wonach verschiedene Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie etwa die Fraktur des Fersenbeins oder die Läsion der Peronealsehne, früher hätten erkannt werden können, stützt sich auf die Äusserung von Dr. O. ___ im "Versicherungsbericht" vom 16. März 2011 (UV-act. K68), worin diese in Anführungszeichen von "verpassten Diagnosen" schrieb. (Ähnliche Hinweise machte Dr. U. ___ im Bericht vom 9. November 2009 [UV-act. M21; vgl. auch vorstehende E. 3.3.12]). Dr. O. ___ wurde als Antwort auf ihre Äusserungen zur Kausalität vom 16. März 2011 die Stellungnahme von Prof. J. ___ vom 9. Februar 2011 zugestellt (UV-act. K68 f., M49); sie stellte in der Folge keine weiteren Nachfragen zum Thema. In diesem Zusammenhang ist auf die Ausführungen in E. 3.2 hinzuweisen, wonach verschiedene Ärztinnen und Ärzte die Diagnose Stressfraktur unzutreffend mit nicht dislozierte Fraktur des Tuber calcanei wiedergaben und damit den falschen Eindruck erweckten, die Fraktur des

Fersenbeins sei durch den Unfall verursacht worden. Bei einer solchen unzutreffenden Ausgangslage, hätte sie denn zugetroffen, wäre es sogar berechtigt gewesen, von einer "verpassten Diagnose" zu schreiben. Der Schluss der Beschwerdeführerin, die inzwischen bestätigten Pathologien hätten schon vor ihrer Feststellung bestanden, weise auf das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs hin, lässt sich demnach nicht ziehen (bezüglich Läsion der Peronealsehnen und diesbezüglicher Unvollständigkeit des MRI-Befundes vom 17. Dezember 2009 vgl. E. 3.3.8).

3.4.3 Nicht zulässig ist schliesslich der Schluss, den die Beschwerdeführerin aus den Röntgenaufnahmen von Dr. T. ___ an ihrem linken Fuss vom 27. September 2010 ziehen will (Ziffer 2.3 der Replik [S. 3]). Der Radiologe hatte die ossären Verhältnisse als weitgehend unauffällig beurteilt (UV-act. M41). Aus dieser Beurteilung kann keinesfalls auf eine Unfallkausalität von Beschwerden geschlossen werden. Vielmehr hielt Dr. H. ___, in dessen Auftrag die genannten Röntgenbilder erstellt worden waren, in seinem Bericht vom 27. September 2010 Kompressionsschmerzen an den Metatarsalen II/III und III/IV sowie einen Druckschmerz an der Wade fest und bestätigte die von Dr. F. ___ gestellte Diagnose von Morton-Neuromen an beiden Füessen und eine Pathologie im Bereich der Peronealsehnen (UV-act. M42). Weder dem Radiologen noch dem Orthopädischen Chirurgen waren Fragen nach den Ursachen allfälliger Diagnosen gestellt worden. Auftragsgemäss hielten beide in ihren Berichten lediglich fest, was sie aufgrund ihres Fachgebiets und der Fragestellung feststellten.

3.4.4 Zusammenfassend können auch aufgrund der zusätzlichen Einwendungen der Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte für ein Weiterbestehen der natürlichen Kausalität zum Unfall bzw. eine fehlende Aufhebung derselben festgehalten werden. Auch diesbezüglich ändert sich an den vorstehenden Erwägungen und der Zusammenfassung in E. 3.3.13 nichts.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 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. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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