

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/23 vom 9. Februar 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_23

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/23 du 9 février 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/23 del 9 febbraio 2018

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung unfallkausaler Spätfolgen (insbesondere hinsichtlich radiologisch erhobenen Arthrosen und einer Impingement-Problematik) nach Bandläsion rechtes OSG (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Februar 2018, UV 2016/23).

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 16. Februar 2016 (Suva-act. 44). Diesem liegt die Verfügung vom 8. Juni 2015 zu Grunde (Suva-act. 33). Die Verfügung - wie auch der angefochtene Einspracheentscheid - befassen sich mit der Frage eines möglichen Anspruchs auf Heilbehandlungskostenleistungen für die am 9. März 2015 gemeldeten OSG-Beschwerden rechts, wobei hinsichtlich dieser Beschwerden das Vorliegen von Spätfolgen des Unfalls vom 21. März 1991 geprüft wurde. Nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bzw. der Verfügung bildet die Frage nach dem Anspruch auf Heilbehandlungskostenleistungen für die OSG-Beschwerden rechts aus den Unfällen vom 29. August 1994 und 6. September 2008 und damit die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin formulierte Frage, inwiefern die bei den vorgenannten Unfällen erlittenen Verletzungen die Beschwerden im OSG rechts negativ beeinflusst haben. Diese Frage kann demnach im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht geprüft werden (vgl. dazu BGE 125 V 413, 119 Ib 36 E. 1b, 118 V 313 E. 3b). Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass durch die Unfälle vom 29. August 1994 und 6. September 2008 offensichtlich keine direkte Verletzung des rechten OSG stattgefunden hat (beim Unfall vom 29. August 1994 hat sich die Beschwerdeführerin den linken Fuss verletzt, beim Unfall vom 6. September 2008 das rechte Knie) und von beschwerdeführender Seite auch in keiner Weise dargelegt wird, inwiefern eine indirekte Kausalität zwischen den beiden vorgenannten Unfällen und den OSG-Beschwerden rechts bestehen könnte.

E. 2

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 1991 zur Debatte steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen

Bestimmungen Anwendung.

E. 3

3.1 Im Einspracheentscheid vom 16. Februar 2016 hat die Beschwerdegegnerin die Bestimmungen über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 UVG und den Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 UVV) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

3.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast liegt insofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt. Selbstverständlich kommt die obgenannte Beweisregel erst dann zur Anwendung, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6, 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 21. Juli 2003, U 327/02, E. 2.1, und vom 25. Januar 2002, U 277/00, E. 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. M.____ am 16./21. Juli 2015 (Suva-act. 37) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

E. 4

Die kreisärztliche Beurteilung von Dr. M.____ vom 16./21. Juli 2015 erfüllt die in Erwägung 3.3 dargelegten Beweisanforderungen. Dr. M.____ legt die Anamnese bzw. die umfassenden Ergebnisse der im konkreten Fall durchgeführten persönlichen ärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin lückenlos dar. Im Weiteren beziehen sich seine Ausführungen auf die im Rahmen der Beurteilung einer Rückfallkausalität massgebenden Beurteilungskriterien, nämlich die ursprünglich gestellte Unfalldiagnose sowie die im Rahmen des Rückfalls erhobene Diagnose bzw. die im Grundfall und Rückfall durchgeführten radiologischen Untersuchungsergebnisse betreffend Vorliegen relevanter unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen, die Vorzustände und den zeitlichen Ablauf.

4.1 Die bei einem Unfall erlittene Verletzung, d.h. die Unfalldiagnose, bildet den massgebenden Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden. Dies in dem Sinne, dass es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann und sich auch sekundär traumatische Spätfolgen in der Regel im ursprünglichen Verletzungsgebiet und nicht verletzungsfern entwickeln. In die Beurteilung unfallkausaler Spätfolgen sind sodann die nach dem Unfall im gesamten Verlauf erhobenen Diagnosen und Befunde bzw. Beschwerden einzubeziehen. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, Computertomographie, MRI) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).

4.2 Im Rahmen des Grundfalls erlitt die Beschwerdeführerin eine Bandläsion des rechten OSG mit einer röntgenologisch erhobenen vermehrten Aufklappbarkeit von ca. 12 Grad. Eine frische ossäre Läsion war hingegen nicht sichtbar. Die Beschwerdeführerin wurde am 9. April 1991 durch Dr. D.____ am rechten OSG operiert, wobei sich ein deutlich elongiertes Ligamentum fibulatale anterius, gegen cranial eingerissen, ein ebenfalls eingerissenes Ligamentum calcaneare

sowie eine offene Peronealsehnenscheide zeigten. Dr. D.____ führte eine Bandraffungsnaht beim Ligamentum fibulalare anterium durch und nähte auch das Ligamentum calcaneare sowie die Peronealsehnenscheide (Suva-act. 1 f., 4 f.). Am 6. Juni 1991 bestätigte die Beschwerdeführerin die Beendigung der ärztlichen Behandlung sowie die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab 27. Mai 1991 (Suva-act. 6). Infolge im Frühjahr 2014 wieder vermehrt auftretender Beschwerden im rechten OSG wurde auf Zuweisung des am 8. April 2014 konsultierten Dr. E.____ am 9. April 2014 eine MRI-Untersuchung des rechten OSG durch Dr. F.____ durchgeführt, bei welcher sich narbige Residuen im Bereich des Ligamentum fibulalare anterius und fibulocalcaneare sowie ein 2 cm grosses Weichteilganglion im Bereich der Aussenknöchelspitze zeigten. Weiter kamen atrophytäre Veränderungen im ventro-medialen Bereich des OSG sowie ein 3.5 x 2 cm grosses Weichteilganglion im plantaren Bereich der Tarsometatarsalgelenke I und II zur Darstellung. Aufgrund der atrophytären Veränderungen im ventro-medialen Bereich erhob Dr. F.____ den Verdacht auf ein anteriores Impingement und zum Weichteilganglion im plantaren Bereich der Tarsometatarsalgelenke I und II fügte er an, dass dieses an die distale Peroneus longus-Sehne angrenze und bis nach intraossär zwischen der Basis des Metatarsale I und II reiche (Suva-act. 10). Entsprechend stellte Dr. E.____ im Arztzeugnis UVG vom 7. Mai 2014 die Diagnose eines vorderen Impingements des OSG (Suva-act. 12). Am 15. Mai 2014 wurde die Beschwerdeführerin ausserdem orthopädisch durch Dr. G.____ untersucht, der in seinem Bericht vom 19. Mai 2014 gestützt auf das Ergebnis der MRI-Untersuchung vom 9. April 2014 die Diagnose anteromediales Impingement bestätigte, zusätzlich ein Ganglion im Bereich des Sinus tarsi diagnostizierte und festhielt, dass die Hauptbeschwerden auf das Impingement bei Tibianase und Talusbump zurückzuführen seien. Diesbezüglich könnte der Beschwerdeführerin bei rezidivierenden Schmerzepisoden die OSG-Infiltration und gegebenenfalls die OSG-Arthroskopie offeriert werden. Ein symptomatisches Ganglion im Sinus tarsi könne exzidiert werden, wobei es häufig Ausdruck einer Pathologie des USG sei (Suva-act. 14). Entsprechende Heilbehandlungen wurden sodann jedoch keine durchgeführt. Am 20. November 2014 bestätigte die Beschwerdeführerin, dass weder eine ärztliche Behandlung noch eine Kontrolle stattfinden würde. Die Beschwerden seien erträglich oder weniger geworden (Suva-act. 24). Am 9. März 2015 meldete die Beschwerdeführerin erneut eine Zunahme der Beschwerden (Suva-act. 25) und begab sich am 11. März 2015 bei Dr. J.____ in Behandlung. Dieser diagnostizierte ein anteriores Narbenimpingement OSG rechts sowie eine Ganglionbildung laterales OSG rechts bei Status nach Bandraffung vor Jahren (Suva-act. 30). Die auf Zuweisung von Dr. J.____ am 20. März 2015 durch Dr. K.____ ausgeführte MRI-Untersuchung des OSG rechts zeigte folgende Befunde: eine geringe Arthrose im medialen tibiotalaren Anteil des OSG mit hier Chondropathie Grad I-II und deutlichem Reizzustand des alt gezerrten zumindest in seinen anterioren tibiotalaren Faserzügen partialrupturierten Ligamentum deltoideum; eine diskreteste initiale Arthrose im Chopart-Gelenk talonavicular sowie intertarsal naviculo-cuneiforme und intercuneiforme mit punktueller Chondropathie Grad I-II, jedoch ohne signifikante Reizsynovialitis; eine deutlich aktivierte Arthrose (DD:-Itis) im MTP I und metatarsoseseamoidalen Gelenkabschnitt und zusätzlich nachweisbare postoperative Suszeptibilitätsartefakte; eine diskreteste Insertionstendinose (DD: -Itis) der Peronealsehne sowie der Sehne des Musculus tibialis posterior bei insgesamt intakten Extensor- und Flexorenhnen sowie reizlosem subfibularen peritendinösem lobulierten Ganglion mit einer aktuellen Ausdehnung von 15.9 x 16.1 x 9.1 mm; eine in erster Linie vom Lisfranc-Gelenk ausgehende flächige ebenfalls

reizlose Ganglionformation mit einer aktuellen Ausdehnung von 20 x 3.3 x 25.1 mm sowie zwei maximal bis 3.7 mm grosse freie Ossikel zum einen im OSG posterior tibiotalar und inferior talo-navicular. Ansonsten zeigte sich der postoperative MRI-Befund von OSG, USG und Mittelfuss regelhaft, insbesondere liess sich keine ligamentäre Reruptur und keine Ostedystrophie feststellen (Suva-act. 31). Gestützt auf dieses MRI-Untersuchungsergebnis bestätigte Dr. J.____ am 25. März 2015 seine Diagnose vom 11. März 2015 und empfahl eine arthroskopische Adhäsiolyse, eine Narbenreduktion sowie eine Abtragung des Talushöckers. Zusätzlich würde über eine weitere Inzision die Exstirpation des Ganglions erfolgen (Suva-act. 30).

4.3 Gestützt auf die in Erwägung 4.2 dargestellte Aktenlage stellte Dr. M.____ zunächst nachvollziehbar fest, es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die aktuelle Beschwerdesymptomatik dem von allen untersuchenden Ärzten übereinstimmend (vgl. Suva-act. 12, 14, 30 f.) diagnostizierten anterioren Impingement (Einklemmung von Weichteilgewebe im vorderen Bereich des OSG) infolge der osteophytären Knochenanlagerung am körperfernen Schienbeinende und dem Sprungbein bzw. bei Tibianase und Talusbump geschuldet sei. Radiologisch objektiviert sind sodann verschiedene Arthrosen im Bereich des rechten Fusses, welche ebenfalls Schmerzen verursachen können (vgl. dazu PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 152 f.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134; ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 586; vgl. auch Dr. M.____ in Suva-act. 37-4). Weder ein Impingement noch eine Arthrose können eine primäre Unfallverletzung darstellen. Die Arthrose ist eine degenerative Erkrankung, die als unfallkausaler Gesundheitsschaden lediglich sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Unfallverletzung - beispielsweise einer Gelenksfraktur, eines Sturzes aus grosser Höhe mit der Folge einer Störung der Fussesstatik, einer Bandläsion mit nachfolgender Bandinsuffizienz und Gelenkinstabilität - auftritt (DEBRUNNER, a.a.O., S. 580 f., 740, 1175, 1183; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 152; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 134). Als Impingement bezeichnet man eine schmerzhafte Funktionseinschränkung der Gelenkbeweglichkeit durch eine schmerzhafte Verdrängung oder Einklemmung von Gewebe. Es wird damit noch keine konkrete pathologisch-anatomische Gesundheitsstörung definiert (DEBRUNNER, a.a.O., S. 601, 619, 725, 975, S. 1183; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 862; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 915). Im konkreten Fall werden als Ursache des Impingements die atro- bzw. osteophytären Veränderungen im ventro-medialen Bereich des OSG der Beschwerdeführerin genannt (Suva-act. 10). Angesichts des Gesagten enthält die Beurteilung von Dr. M.____ nachvollziehbarerweise Aussagen zu den Fragen, ob vorliegend eine traumatisch bedingte, sekundäre Arthrose gegeben sein könnte bzw. ob die Beschwerdeführerin im Bereich der arthrotisch veränderten Bereiche eine Unfallverletzung erlitten habe, und ob es sich bei den atrophytären Veränderungen im ventro-medialen Bereich des OSG um die Folge einer primären Unfallverletzung handeln könnte.

E. 4.4

4.4.1 Bezüglich der Frage einer traumatisch bedingten, sekundären Arthrose weist Dr. M.____ zunächst zutreffend darauf hin, dass es gemäss Dokumentationen aus dem Jahr 1991 zu einer Teilverletzung des äusseren Kapselbandapparates des rechten OSG gekommen sei, wobei keine strukturelle Gelenkbinnenverletzung des rechten OSG stattgefunden habe (vgl. Suva-act. 1 f., 4). Entsprechend habe Dr. D.____ bei seiner Operation vom 2. April 1991 eine Naht des vorderen und mittleren Verstärkungsbandes des Kapselbandapparates und einen operativen Verschluss der Peronealsehnenscheide durchgeführt. Gemäss Operationsbericht seien keine Strukturen im intraartikulären Bereich OSG rechts versorgt worden und keine

Eröffnung der das Gelenk umgebenden Kapsel beschrieben (vgl. dazu Suva-act. 2, Suva-act. 37-3). Mit diesem Sachverhalt stimmt überein, dass die verschiedenen anlässlich der MRI-Untersuchung des OSG rechts von Dr. K.____ vom 20. März 2015 erhobenen Arthrosen nicht im Verletzungsgebiet der Aussenbänder (Kapsel-Band-Apparat) bzw. des lateralen OSG liegen, sondern innenseitig im medialen tibiotalaren Anteil des OSG, im Chopart-Gelenk und im Bereich der Metatarsalgelenke lokalisiert sind (Suva-act. 31).

4.4.2 Dr. M.____ weist sodann darauf hin, dass es erst im Zeitraum vom 9. April 2014 (MRI-Untersuchung durch Dr. F.____, Suva-act. 10) bis zur Kontrollkernspintomographie vom 20. März 2015 durch Dr. K.____ (Suva-act. 31) zu einer leichten Entwicklung einer innenseitig lokalisierten Arthrose des OSG gekommen sei. Dass eine erstmals 24 Jahre nach einer Bandläsion im OSG objektivierte und zudem erst leichte Arthrose überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt sein soll, erscheint selbst angesichts des Umstands, dass eine Arthrose für ihre Entwicklung definitionsgemäss einen gewissen Zeitraum benötigt, d.h. nicht zeitgleich mit der primären Verletzung auftritt, zweifelhaft. Anamnestisch entnimmt Dr. M.____ schliesslich dem Bericht von Dr. D.____ vom 2. April 1991 und dessen Operationsbericht vom 9. April 1991 korrekt, dass darin eine bereits vor dem Unfall vom 24. März 1991 vorliegende chronische Instabilität des rechten OSG erwähnt ist. Dass Dr. M.____ diesen Vorzustand als weiteren bedeutsamen Umstand für eine unfallfremde Problematik sieht, erscheint schlüssig und fügt sich ohne Weiteres in einen Sachverhalt mit unfallfremder Arthrosebildung ein (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 601, 612, 619, 636). Insgesamt liegt mithin ein in sich geschlossener Sachverhalt für eine umfassende unfallfremde Problematik ohne passende traumatische Verletzung vor (degenerative Pathologie bzw. Arthrosebildung ausserhalb des ursprünglich verletzten OSG-Bereichs; dokumentierter Vorzustand einer Instabilität als pathologische Grundlage für eine Arthrosebildung; jahrzehntelange Latenzzeit bis zur radiologischen Erhebung der Arthrosen).

4.5 Hinsichtlich der Impingement-Symptomatik stellt sich die Sachlage - wie von Dr. M.____ aufgezeigt - vergleichbar mit der Arthrosesituation dar. Die das Impingement verursachenden osteophytären Knochenanlagerungen befinden sich - wie von Dr. M.____ den radiologischen Berichten richtig entnommen - ebenfalls nicht im Verletzungsgebiet, d.h. im Bereich des beim Unfall vom 24. März 1991 verletzten äusseren Kapselbandapparates mit Ligamentum fibulatale anterius, Ligamentum calcaneare und Peronealsehnenscheide (vgl. dazu Suva-act. 1 f.), sondern liegen - wie in den medizinischen Akten übereinstimmend dargestellt - im vorderen, inneren Anteil des rechten OSG bzw. der körperfernen Tibiakante und des Sprungbeins. Entsprechend spricht Dr. H.____ von einer Tibianase und einem Talusbump (vgl. Suva-act. 10, 12, 14). Der Umstand, dass das vorliegende Impingement gegenüber dem vom Unfall tangierten OSG-Bereich neu in einem anderen OSG-Bereich auftritt, lässt die Schlussfolgerung von Dr. M.____, dass dieses nicht überwiegend wahrscheinlich eine Folge der Bandläsion vom 24. März 1991 sei, ohne Weiteres einleuchtend erscheinen.

4.6 Wie Dr. M.____ bereits bezüglich der Arthrose hervorhob, betonte er in seiner Beurteilung nochmals generell das jahrzehntelange Intervall zwischen dem Unfallereignis und den schmerzverursachenden Diagnosen ohne dokumentierte Brückensymptome. Tatsächlich sind - abgesehen von nachträglichen subjektiven Aussagen (vgl. Suva-act. 16) - während 23 (Impingement mit osteophytärer Knochenanlagerung) bzw. 24 Jahren (Arthrose) echtzeitlich keine Beschwerden, ärztliche Behandlungen oder Kontrollen und keine Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was unfallkausale Spätfolgen unwahrscheinlich erscheinen lässt. Nach der Rechtsprechung sind die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit umso strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem erneuten Eintritt der Gesundheitsschädigung ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 188 E. 1c). Dieser Grundsatz ist insbesondere in denjenigen Fällen zu beachten, in welchen nach einer längeren Latenzzeit nur Befunde erhoben werden konnten, welche - wie die Arthrose und das Impingement mit osteophytären Knochenveränderungen - im Regelfall nicht sekundär traumatisch bedingt sind, sondern degenerativ oder krankhafte Ursachen haben. Während einer solch langen Latenzzeit wie der vorliegenden sind die unfallunabhängigen Vorgänge in einem menschlichen Körper vielfältig und der Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne klar ersichtlichen Hinweis auf eine traumatische Unfallfolge kaum zu erreichen.

4.7 Wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 4.2), erhob Dr. F.____ anlässlich seiner MRI-Untersuchung vom 9. April 2014 auch narbige Residuen im Bereich des Ligamentum fibulotalare anterius und fibulocalcaneare sowie ein 2 cm grosses Weichteilganglion im Bereich der Aussenknöchelspitze (Suva-act. 10). Angesichts ihrer Lokalisation sowie der medizinischen Erfahrungstatsache, dass Operationen Narben hinterlassen können (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 86), und Dr. F.____ von postoperativen Artefakten spricht, könnten diese Befunde grundsätzlich in einem Zusammenhang mit der unfallbedingten Operation mit Bandraffung des Ligamentum fibulotalare anterius, der Naht beim Ligamentum calcaneare sowie des Verschlusses der Peronealsehnenscheide vom 9. April 1991 bzw. der Bandläsion des rechten OSG lateral gesehen werden (Suva-act. 2). Dr. J.____ diagnostizierte jedoch in seinen Konsultationsberichten vom 11. und 25. März 2015 ein anteriores Narbenimpingement OSG rechts und empfahl am 25. März 2015 eine Narbenreduktion und Abtragung des Talushöckers (Suva-act. 30). Ein anteriores Narbenimpingement befindet sich - gleich wie die in den Erwägungen 4.2 genannten Arthrosen und osteophytären Knochenanlagerungen - nicht im Bereich des beim Unfall vom 24. März 1991 verletzten lateralen OSG, womit folglich kein Zusammenhang zur Operation vom 9. April 1991 bzw. zur lateralen Bandläsion gesehen werden kann (vgl. Suva-act. 2). Gleiches gilt hinsichtlich des radiologisch zur Darstellung gelangten grösseren, in erster Linie vom Lisfranc Gelenk ausgehenden Ganglions bzw. des von Dr. H.____ in seinem Untersuchungsbericht vom 19. Mai 2014 genannten Ganglions im Sinus tarsi, welches häufig Ausdruck einer Pathologie des USG sei (Suva-act. 14). Gestützt auf das MRI-Untersuchungsergebnis schrieb Dr. J.____ im Verlaufskonsultationsbericht vom 25. März 2015, dass zusätzlich über eine weitere Inzision die Exstirpation des Ganglions erfolgen könnte. Sollte Dr. J.____ damit das Ganglion im Bereich des lateralen OSG rechts gemeint haben und würde in der Zukunft eine entsprechende operative Vorkehr erfolgen, hätte die Beschwerdegegnerin eine diesbezügliche Unfallkausalität zu prüfen. Entsprechend hatte med. pract. I.____ am 6. Juni 2014 erklärt, dass der Schadenfall vor einer Operation des OSG "unbedingt" wieder vorgelegt werden müsste, um dann nochmals die Kausalität zu beurteilen (Suva-act. 17). Dr. M.____ verneinte zwar in seiner Kurzbeurteilung vom 26. Mai 2015 mit Blick auf die lange Latenzzeit eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität des Ganglions (Suva-act. 32), wobei zu überprüfen wäre, ob seine Aussage auch bezüglich das Ganglion laterales OSG rechts gemeint ist. Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 20. März 2015 durch Dr. K.____ hat sich das Ganglion im Aussenknöchelbereich reizlos gezeigt (Suva-act. 31) und über die Durchführung einer Fussoperation ist nichts bekannt. Hier geht es einzig um die Überprüfung der Unfallkausalität der beschwerdeverursachenden Gesundheitsschäden (anteriores Impingement des rechten OSG infolge osteophytärer Knochenanlagerung am körperfernen Schienbeinende und Sprungbein, verschiedene

Arthrosen; vgl. Erwägungen 4.3 ff.), hinsichtlich welcher nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan ist, dass es sich um Spätfolgen der Bandläsion vom 24. März 1991 handelt.

E. 4.8

4.8.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass - wie von Dr. M. ___ angenommen und schlüssig begründet - aufgrund der ursprünglich erlittenen Unfallverletzung, der im Rahmen des Rückfalls erhobenen Diagnosen bzw. radiologischen Untersuchungsergebnisse sowie des zeitlichen Ablaufs keine Anhaltspunkte für eine natürliche Unfallkausalität der am 9. März 2015 gemeldeten Beschwerden im rechten OSG vorliegen. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht verneint. Weder die Stellungnahme zur Unfallkausalität von Dr. J. ___ vom 16. März 2016 (act. G 1.9) noch die weiteren der Beschwerde vom 4. April 2016 beigelegten Berichte von Dr. E. ___ vom 18. August 2009 (act. G 1.5), von Dr. D. ___ vom 26. Oktober 2009 (act. G 1.6), von Dr. med. N. ___, Leitender Arzt Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital Zürich, vom 15. November 2011 (act. G 1.7) und von Dr. med. O. ___, Leitender Arzt, Reha P. ___, vom 30. März 2012 (act. G 1.8) vermögen an dieser Beurteilung etwas zu ändern, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

4.8.2 Aus der von Dr. J. ___ in seiner Stellungnahme von Dr. K. ___ übernommenen Formulierung "des alt gezerzten...partialrupturierten Ligamentum..." kann kein sicherer Hinweis auf eine sekundäre Unfallfolge abgeleitet werden. Die alte Zerrung betraf das Ligamentum fibulotalare anterius, das Ligamentum fibulocalcaneare sowie die Peronealsehnenscheide. Seine weitere Feststellung, aus seiner Sicht könnte aufgrund der beschriebenen alten Zerrung von einer posttraumatischen Instabilität ausgegangen werden, wäre zwar ein denkbarer und damit möglicher, jedoch kein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt. Zwar stellt die Instabilität des OSG eine in der Medizin anerkannte Folge von Bandläsionen dar (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., s. 636; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 231). Wie in Erwägung 4.4.2 gesagt, ist jedoch im konkreten Fall bereits eine vorbestehende Instabilität dokumentiert, von der Dr. J. ___ offensichtlich keine Kenntnis hatte. So gibt er selbst an, dass ihm die Akten aus dem Jahr 1991 nicht zur Verfügung gestanden hätten, weshalb er nicht habe herausfinden können, ob die Beschwerdeführerin eine frühere Instabilität vor 1991 beschrieben habe. Die von Dr. J. ___ dargestellte traumatische Kausalkette mit primärer Bandläsion und nachfolgender Instabilität vermag folglich nicht zu überzeugen. Die von der Beschwerdeführerin erlittene "alte" Verletzung vom 24. März 1991 war sodann - entgegen der Annahme von Dr. J. ___ - keine Verletzung des medialen Seitenbandes (Ligamentum deltoideum in den anterioren Bereichen). Damit fällt auch eine unfallkausale vermehrte Abnutzung des medialen Knorpels sowie die Bildung eines unfallkausalen Talushöckers und einer ebensolchen Tibianase ausser Betracht. Mit seiner Formulierung, er gehe somit "eher" davon aus, dass es sich um eine "posttraumatische" Veränderung handle, drückt Dr. J. ___ nur einer Vermutung aus, welche den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen vermag (THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Zudem relativiert er seine Schlussfolgerung gleich selbst, wenn er einräumt, anhand der vorliegenden Akten nicht sagen zu können, ob es sich bei den Abnutzungserscheinungen um eine Folge des Unfalls von 1991 handle.

4.8.3 Die weiteren in Erwägung 4.8.1 genannten Arztberichte befassen sich nicht explizit mit der hier zur Diskussion stehenden OSG-Problematik. Es handelt sich um Berichte über Untersuchungen, bei welchen andere Gesundheitsstörungen der

Beschwerdeführerin im Vordergrund standen, insbesondere ein Panvertebralsyndrom, Essstörungen und ein Meniskusschaden. Die alleinige Nennung der Diagnose einer posttraumatischen Arthrose des linken OSG anamnestisch bei Status nach Operation einer angeblichen Trümmerfraktur und Sehnenruptur ca. 1991 durch Dr. E.____ (act. G 1.5) sowie der Diagnose einer Arthrose OSG links posttraumatisch und im rechten MTP-Gelenk bei Status nach Naht einer lateralen Bandruptur 1994 und entzündlicher Veränderung OSG inklusive medialer und lateraler Bandapparat (Scintigrafie 16. April 1996, MRI 12. Juni 1996) durch Dr. O.____ vermögen jedenfalls nicht als überwiegend wahrscheinlicher Beweis für das Vorliegen von Unfallspätfolgen im Bereich des rechten OSG zu dienen. Wie gesagt, folgt in den einzelnen Berichten keinerlei medizinische Auseinandersetzung mit der OSG-Problematik, anhand derer die Diagnosen überprüft werden könnten. Diese enthalten im Übrigen bereits an sich keine stichhaltigen Hinweise für das Vorliegen von Spätfolgen des Unfalls vom 24. März 1991. Mit der Formulierung "posttraumatisch" wird lediglich eine zeitliche Einordnung vorgenommen, aus welcher keine überzeugende, medizinisch begründete Bestätigung der Unfallkausalität abgeleitet werden kann. Der zeitliche Aspekt besitzt 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 (sekundär) durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4 ATSG; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [= Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Ausserdem enthalten die Diagnosen gewisse Ungenauigkeiten hinsichtlich Daten und ursprünglicher Unfalldiagnose, was ihre Exaktheit allgemein in Frage stellt. Verstärkt wird dieser Umstand durch die Formulierung "angeblich" von Dr. E.____, welche vermuten lässt, dass er seine Diagnose nicht anhand medizinischer Vorakten verifiziert hat und er sich mit der OSG-Problematik eben auch nicht ausdrücklich befasste. Ein Scintigrafie- und MRI-Untersuchungsbericht aus dem Jahr 1996 liegen schliesslich nicht bei den Akten und wurden selbst von beschwerdeführender Seite nirgends thematisiert. Insgesamt vermögen mithin die obgenannten Berichte keine Aufschlüsse hinsichtlich unfallkausaler Spätfolgen im Bereich des lateralen OSG zu geben.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 16. Februar 2016 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.