

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/65 vom 18. Juni 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_65

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/65 du 18 juin 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/65 del 18 giugno 2019

Regeste

Art. 6 UVG. Art. 19 Abs. 2 UVG. Bejahung eines Unfalls bei umstrittenem Hergang des Ereignisses. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung lagen keine unfallkausalen Beschwerden mehr vor, der Status quo sine war erreicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2019, UV 2017/65).

Erwägungen

E. 1

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 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2

Streitig und vorliegend zu prüfen ist vorerst, ob es sich beim Ereignis vom 25. Mai 2015 um einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 1 UVG bzw. Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 UVV handelte. Nachdem die Beschwerdegegnerin bis 15. Februar 2016 Leistungen erbracht hatte (vgl. Suva-act. 135), stellte sie sich in ihrer Beschwerdeantwort auf den Standpunkt, es liege weder ein Unfallereignis noch ein unfallähnliches Ereignis vor. Auf die Rückforderung der erbrachten Leistungen verzichtete sie (act. G3). Diese Vorgehensweise wäre insofern nicht zu beanstanden, als der Unfallversicherer gemäss BGE 130 V 380 die Möglichkeit hat, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeldern anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision (vgl. dazu Art. 53 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen. Dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor. Selbst wenn man davon ausginge, dass ein Rückkommenstitel notwendig wäre, ist festzuhalten, dass - wie sich nachfolgend ergibt -, nachdem die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 25. Mai 2015 als Unfall anerkannt hatte, eine neue erhebliche Tatsache bekannt wurde und der Unfallbegriff daher i.S.v. Art. 53 Abs. 1 ATSG ohnehin frei zu überprüfen ist (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 53 Rz 41).

E. 2.1

Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Wenn eine bestimmte Einwirkung am eigenen Körper absichtlich vorgenommen bzw. herbeigeführt wird, liegt kein Unfallereignis vor. Als absichtliches Handeln wird dabei grundsätzlich sowohl das vorsätzliche als auch das eventualvorsätzliche Vorgehen betrachtet. Die Absicht muss sich auf die Folge des Unfallereignisses, nicht jedoch auf dieses selbst beziehen. Es ist dort ein Unfall anzunehmen, wo das Ereignis absichtlich vorgenommen wurde, sich die Absicht hingegen nicht auf die in der Folge eingetretene Schädigung bezog. Zu denken ist etwa an einen Sachverhalt, wo jemand absichtlich von einer Mauer springt und sich dabei unabsichtlich einen Bruch des Sprunggelenks zuzieht (Kieser, a.a.O., Art. 4 Rz 21 f. mit Hinweisen; vgl. André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 19).

E. 2.2

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat er in Art. 9 Abs. 2 UVV Gebrauch gemacht. So sind gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV die abschliessend (vgl. BGE 116 V 140 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen) aufgeführten Körperschädigungen (Art. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV), sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt. Es handelt sich dabei um Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Das bei einem Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG vorausgesetzte Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors ist bei den unfallähnlichen Körperschädigungen nicht erforderlich. Hingegen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in BGE 129 V 467 E. 2.2 seine Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 43 bestätigt, wonach mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit auch bei den unfallähnlichen Körperschädigungen die übrigen Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs - fehlende Absicht, äusserer Faktor, Plötzlichkeit, Schädigung - erfüllt sein müssen.

E. 2.3

Die leistungsansprechende Person muss die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens glaubhaft machen. Zur Glaubhaftmachung genügt es nicht, einen Gesundheitsschaden nachzuweisen, der möglicherweise auf ein Unfallereignis zurückgehen könnte, sondern es müssen über das konkrete Geschehen wahre, genaue und wenn möglich ins Einzelne gehende Daten namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Umstände des Ereignisses ein Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuklären. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Zu diesem Zweck hat es den Sachverhalt von Amtes wegen zu untersuchen, kann aber die Mitwirkung der Parteien beanspruchen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 2 ff., N. 20; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl.

Zürich/Basel/Genf 2012, S. 29; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. dazu Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.: Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Sozialversicherungsrecht, die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht).

E. 2.4

Damit beurteilt werden kann, ob der Vorfall vom 25. Mai 2015 einen Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis im Rechtssinn darstellt, ist vorweg festzulegen, wie sich das Geschehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ereignet hat. Im Bericht über die Notfallkonsultation vom 25. Mai 2015 im Spital C.____ ist als Anamnese festgehalten "Selbstvorstellung nach Supinationstrauma OSG rechts heute Nachmittag gegen 4 Uhr beim Treppen hinuntergehen". Die Arbeitgeberin meldete der Beschwerdeführerin am 18. Juni 2015, die Beschwerdeführerin habe im Haus schnell zur Haustüre gewollt und sei dabei mit dem Fuss gegen eine Stufe im Gang gestossen (Suva-act. 1). Am 16. September 2015 gab die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdeführerin an, sie sei zu Hause die Treppe hoch gerannt und auf der letzten Stufe gestolpert, weshalb sie dann mit der rechten Fussspitze in ein Regal "geknallt" sei (Suva-act. 16). Ähnliche Sachverhaltsdarstellungen sind auch in weiteren aktenkundigen Berichten wiedergegeben (vgl. Suva-act. 25, 38, 51, 65). In den erst am 17. Januar 2017 bei der Beschwerdeführerin eingegangenen Verlaufseinträgen von Dr. D.____ findet sich jedoch eine abweichende Schilderung. Am 29. Mai 2015 gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. D.____ an, sie habe aus Wut mit dem rechten Vorfuss mit dorsal extendierten Zehen gegen eine Türe geschlagen. Am 5. Juni 2015 führte sie sodann aus, der im Bericht des Spitals C.____ festgehaltene Unfallmechanismus stimme nicht. Sie habe damals Angst gehabt, die Wahrheit zu sagen, da sie aus Wut gegen eine Türe getreten habe. Weiter hielt Dr. D.____ fest, die Beschwerdeführerin sei gestresst, dünnhäutig, emotional und habe Wutausbrüche (Suva-act. 115). Entsprechend der Zuweisung der Hausärztin ist im Bericht über das MRI vom 11. Juni 2015 ein Zustand nach Fussstoss mit dorsal extendierten Zehen in eine Türe festgehalten (Suva-act. 14). Auch gegenüber Dr. J.____ gab die Beschwerdeführerin an, sie habe mit dem rechten Fuss gegen eine Tür getreten (Suva-act. 112). Wie die Parteien zu Recht vorbringen, sind die Aussagen der ersten Stunde in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (act. G3, G7, BGE 121 V 45, E. 2a). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin jedoch am 29. Mai 2015, mithin nur vier Tage nach dem fraglichen Ereignis, gegenüber ihrer behandelnden Hausärztin einen von der ursprünglichen Schilderung abweichenden Vorgang beschrieben. Am 5. Juni 2015 hat sie sodann explizit eingeräumt, die Angabe gegenüber den erstbehandelnden Ärzten des Spitals C.____ sei falsch gewesen (vgl. Suva-act. 115). Obwohl in den nachfolgenden medizinischen Berichten mehrheitlich die ursprüngliche Version wiederholt wurde, ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Sachverhalt so zugetragen hat, wie er am 29. Mai 2015 von Dr. D.____ festgehalten wurde.

E. 2.5

Zu prüfen ist im Folgenden, ob mit dem sich aus Erwägung 2.4 ergebenden Sachverhalt der Unfallbegriff erfüllt ist. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob die Verletzung absichtlich oder zumindest eventualvorsätzlich herbeigeführt wurde. Die Beschwerdeführerin schlug aus Wut mit dem rechten Fuss gegen eine Türe. Ein solcher

"Wuttritt" oder eine vergleichbare - im Ergebnis möglicherweise selbstschädigende - Handlung tritt nach der allgemeinen Lebenserfahrung im Zustand emotionaler Agitiertheit, also fast anfallsmässig und meist reaktiv, auf. Der Tritt der Beschwerdeführerin ist damit nicht als unverständliche oder inadäquate Handlung zu betrachten, zu solchen kommt es im Gegenteil bei Wut nicht selten. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem damals emotional aufgewühlten Zustand nicht ernsthaft mit einer möglichen Schädigung rechnete oder diese billigend in Kauf nahm. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin unter einer Osteopenie leidet. Gemäss der am 26. Januar 2016 erstellten Beurteilung von Dr. G. ___ ist davon auszugehen, dass die Fraktur bei einer normalen Knochenstruktur mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht zustande gekommen wäre (Suva-act. 83). Auch die behandelnde Ärztin der Klinik H. ___ befand, das Unfallereignis sei für das Ausmass der Verletzung ziemlich gering gewesen. Es sei zu überlegen, ob gegebenenfalls eine Vitamin D-Stoffwechselstörung vorliege (Suva-act. 51). Die relative Schwere der erlittenen Verletzungen ist folglich kein Beleg für einen besonders starken Tritt, der an Intensität den Rahmen des bei Wut Nachvollziehbaren übersteigen würde. Insgesamt ist damit kein absichtliches oder eventualvorsätzliches Handeln nachgewiesen. Da die übrigen Voraussetzungen unbestritten und aktenmässig ausgewiesen erfüllt sind, ist das Vorliegen eines Unfallereignisses zu bejahen.

E. 3

Weiter ist der Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin über den 15. Februar 2016 hinaus anhaltend geklagten Beschwerden an der rechten unteren Extremität und dem Ereignis vom 25. Mai 2015 sowie gestützt darauf das allfällige Andauern der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu prüfen. Inzwischen nicht mehr umstritten und aktenmässig ausgewiesen ist die fehlende Unfallkausalität der Beschwerden am Fuss links sowie allfälliger psychischer Einschränkungen (vgl. act. G1, Suva-act. 83, 133).

E. 3.1

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). 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 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SRV 2000 UV Nr. 14 S. 45).

E. 3.2

Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Locher/ Gächter, a.a.O., § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. 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 Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3).

E. 3.3

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 sind

(BGE 125 V 352 E. 3a). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf versicherungsinterne medizinische Beurteilungen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465).

E. 4

Der angefochtene Einspracheentscheid stützt sich in medizinischer Sicht vorwiegend auf die Einschätzungen der Kreisärzte Dr. O.____ und Dr. G.____ (Suva-act. 83, 133, 135). Die Beschwerdeführerin spricht diesen die Beweiskraft ab und hält ihnen davon abweichende medizinische Beurteilungen entgegen (act. G1, G7).

E. 4.1

Bei der Beschwerdeführerin liegen diverse unfallfremde gesundheitliche Beeinträchtigungen vor. Sie leidet unter einer generalisierten, also nicht auf die rechte untere Extremität beschränkten, Osteopenie (vgl. Suva-act. 73, 125). Diese ist gemäss anamnestischen Angaben familiär bedingt (vgl. Suva-act. 73, 133) und laut plausibler Beurteilung von Dr. O.____ überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal (Suva-act. 133). Weiter bestand im Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik Bellikon im Dezember 2015 ein offensichtlich unfallfremder Mangel am für den Knochenaufbau wichtigen Vitamin D (Suva-act. 73). Ausserdem besteht bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter Knick-Senkfuss beidseits (Suva-act. 112). Dr. O.____ beurteilte, ein Knick-Senkfuss entspreche einer in der Kindheit erworbenen Deformität, die meist Folge einer statischen Insuffizienz sei. Der Befund sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal (Suva-act. 133). In der medizinischen Literatur wird zwar auch der Erwerb der Deformität durch Vorschädigung oder infolge Überbeanspruchung beschrieben (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1394, Stichwort Pes valgus). Die an beiden Füßen der Beschwerdeführerin gleichermassen vorhandene Deformität spricht jedoch gegen eine Unfallkausalität. Der von Dr. J.____ beschriebene Hohlfuss (Pes excavatus) rechts ist gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. O.____ (mit Ausnahme von hier nicht vorliegenden Folgen einer Lähmung oder anderer Nervenschäden) ebenfalls eine angeborene Deformität, welche nicht durch eine vermehrte Muskelspannung oder ein Hinken zu erreichen ist. Ausserdem war in der Dr. O.____ vorliegenden Bildgebung kein Hohlfuss objektivierbar (Suva-act. 133, Suva-act. 112).

E. 4.2

Beim Unfall erlitt die Beschwerdeführerin unbestritten eine schräg verlaufende Os naviculare-Fraktur (Suva-act. 14). Dabei handelte es sich um eine nicht bzw. allenfalls minim dislozierte Fraktur (vgl. Suva-act. 14, 127, 133). Auch der Umstand, dass die initial erstellten Röntgenbilder keinerlei Fraktur zeigten, spricht gemäss der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. O.____ gegen eine relevante Dislokation der Fraktur (Suva-act. 133, vgl. Suva-act. 123). Die Fraktur wurde erst durch ein am 11. Juni 2015 erstelltes MRI dokumentiert (Suva-act. 14). Am 27. Juli 2015, mithin rund zwei Monate nach dem Unfall, wurde eine CT des Fusses rechts durchgeführt. Die zuständigen Ärzte des Spitals C.____ befanden, es lägen deutliche Zeichen der enostalen Knochenreparation vor, der ehemalige Frakturspalt sei nur noch als feine Mehrsklerosierung sichtbar. Im Übrigen bestehe bei

erheblicher Inaktivitätsosteopenie ein altersentsprechender, unauffälliger ossärer Befund ohne Nachweis weiterer knöcherner Verletzungen. Der Verlauf sei regelrecht (Suva-act. 13). Ein MRI vom 2. September 2015 ergab sodann ein Restödem. Dr. med. F.____, Oberarzt mbF Radiologie, Spital C.____, beurteilte, ein solches könne bis zu sechs Monate (nach Unfall) als normal angesehen werden. Auffallend sei eine fleckige Knochenstruktur im Sinne einer Inaktivitätsosteopenie (Suva-act. 11). Die von Dr. G.____ veranlasste Röntgenuntersuchung vom 12. Oktober 2015 ergab einen scharf begrenzten Knochendefekt im Os naviculare sowie eine deutlich osteopene Knochenmatrix des rechten Fusses (Suva-act. 44). Ein weiteres MRI vom 25. Januar 2016 zeigte sodann lediglich kleinste Frakturresiduen im Bereich des Os naviculare kranioventral mit dort kleiner Konturunregelmässigkeit und vermutlich noch kleinster posttraumatischer Zyste im Ausmass von ca. 2-3mm. Teilweise fanden noch sehr diskrete Umbauprozesse statt, auch im Os naviculare, welche aber nur in der flüssigkeitsempfindlichen Sequenz nachweisbar seien (Suva-act. 82). Kreisarzt Dr. G.____ schloss am 26. Januar 2016 überzeugend, die ehemalige Os naviculare-Fraktur zeige sich konsolidiert. Es bestünden keinerlei Beschwerden im Bereich des Os naviculare oder des Lisfranc-Gelenks. Über acht Monate nach banalem Trauma seien die Unfallfolgen geheilt (Suva-act. 83). Auch Kreisarzt Dr. O.____ stellte sich am 31. Mai 2017 auf den Standpunkt, am 25. Januar 2016 sei die Frakturheilung nahezu abgeschlossen gewesen. Eine Instabilität als Zeichen einer noch nicht abgeschlossenen Frakturheilung würde zu einem - vorliegend nicht vorhandenen - Knochenmarksignal führen (Suva-act. 133). Prof. M.____ hatte am 8. Mai 2017 eine CT des rechten Fusses durchgeführt und beurteilt, es liege im Frakturbereich noch ein nachweisbarer, nicht-dislozierter, feiner Frakturspalt vor. Formal handle es sich um eine verzögerte Frakturheilung (Suva-act. 132, vgl. Suva-act. 127). Auch Dr. J.____ und prakt. med. K.____ berichteten über einen protrahierten Heilungsverlauf nach Fraktur des Os naviculare (Suva-act. 112). Wie Dr. O.____ jedoch nachvollziehbar festhielt, wären bei noch nicht abgeschlossener Frakturheilung Beschwerden im Bereich des Os naviculare rechts zu erwarten (Suva-act. 133). Solche beschrieben aber weder Dr. G.____ (vgl. Suva-act. 83), noch Dr. J.____ und prakt. med. K.____ (vgl. Suva-act. 112). Gemäss Dr. O.____ widerspricht die Angabe von Prof. M.____, wonach "der nicht-dislozierte extraartikuläre Frakturspalt noch knapp erkennbar" sei (vgl. Suva-act. 132), der Einstufung der Fraktur als knöchern konsolidiert nicht (Suva-act. 133-15). Spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Februar 2016 war die Fraktur des Os naviculare damit überwiegend wahrscheinlich soweit ausgeheilt, dass diese an sich keine relevanten Beschwerden mehr verursachte. Weiter zu prüfen sind jedoch allfällige Beschwerden im Bereich der Sehnen und des Tarsaltunnels.

E. 4.3

Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten ein OSG Distorsionstrauma Grad II (Suva-act. 116). Das am 11. Juni 2015 durchgeführte MRI bzw. Röntgenbild ergab unter anderem eine Distorsion der am lateralen Fragment ansetzenden, kontinuierlichkeitserhaltenen Tibialis-posterior-Sehne sowie einen Zustand nach Distorsion der Peroneussehne in den distalen Anteilen (Suva-act. 14). Diese rund zwei Wochen nach dem Unfall vom 25. Mai 2015 festgestellten Sehenschädigungen waren unbestritten kausal auf diesen zurückzuführen. Umstritten ist jedoch die Unfallkausalität des erst 29. April 2016 als Verdachtsdiagnose festgestellten Tarsaltunnelsyndroms bzw. der Tendinopathie (vgl. Suva-act. 104). Dr. O.____ stellte sich am 31. Mai 2017 entsprechend der bereits am 26. Januar 2016 von Dr. G.____ vertretenen Ansicht auf den Standpunkt, der Status quo sine sei

am 25. Januar 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht gewesen. Dr. O.____ befand, die mehrere Monate nach dem angeschuldigten Ereignis aufgetretene Tendinopathie der Tibialis posterior-Sehne des rechten Fusses sei nicht überwiegend Folge des Unfallereignisses. Er begründete nachvollziehbar, mit der MR-Untersuchung vom 11. Juni 2015 sei zwar eine Signalsteigerung im Bereich des Ansatzes der Sehne am Os naviculare dokumentiert worden, diese habe aber bereits bei der MR-Untersuchung vom 2. September 2015 nicht mehr bestanden (Suva-act. 133-16, vgl. Suva-act. 11). Als weiteres Argument führte Dr. O.____ an, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung seien bei der klinischen Untersuchung keine Beschwerden im Bereich des Os naviculare mehr beschrieben und die Fraktur bildgebend konsolidiert gewesen (Suva-act. 133). Die Beschwerdeführerin hatte am 25. Januar 2016 gegenüber Dr. G.____ angegeben, sie habe keine Beschwerden mehr im Bereich der ehemaligen Fraktur, verspüre aber Druckschmerzen im Bereich Metatarsale I bis IV. Nach langem Gehen habe sie Schmerzen von der Fussinnenseite plantar seitlich bis zum Malleolus medialis dorsalseits. Letzteres entspreche dem Verlauf der Tibialis posterior-Sehne (Suva-act. 83). In ihrer Replik liess die Beschwerdeführerin vorbringen, es sei bekannt, dass Schmerzen von den Patienten nicht immer dort gespürt würden, wo ihre Ursache liege. Der nervus tibialis sei offensichtlich der hauptversorgende Nervenast der gesamten Fusssohle und die Schmerzlokalisierung damit unsicher (act. G7). Ein Zusammenhang zwischen der relativ kurz nach dem Unfall diagnostizierten Distorsion der Tibialis-posterior-Sehne und dem erstmals am 29. April 2016 durch Ärzte der Klinik H.____ als Verdachtsdiagnose erhobenen Tarsaltunnelsyndroms erscheint zwar möglich. Im genannten Bericht vom 29. April 2016 wird jedoch im Kontext mit der festgestellten Reizung (wohl im Bereich des Tarsaltunnels) eine Überlastung des rechten Fusses aufgrund der (unfallfremden) Teilbelastung des linken Fusses erwähnt (Suva-act. 104). Am 30. Oktober 2015 bzw. 12. Januar 2016 hatten die zuständigen Ärzte der Klinik H.____ noch beurteilt, bezüglich der Beschwerden in der Lisfranc-Linie auf der rechten Seite scheine lediglich eine funktionelle Störung vorzuliegen bzw. die Beschwerden auf der rechten Seite schienen lediglich von einer Verspannung der Fussinnenmuskulatur herzurühren (Suva-act. 51, 77). Dr. G.____ hielt am 1. Februar 2016 zusammenfassend fest, die Tendinopathie am rechten Fuss sei zwar "als mögliche Ursache in einer Überlastung erklärbar, jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ursache einer kleinen Fraktur vom Os naviculare vom 25. Mai 2015 zu sehen" (Suva-act. 83). Dabei muss es sich offensichtlich um einen Fehler bzw. eine redaktionelle Unachtsamkeit handeln. Die Aussage ist dahingehend zu interpretieren, als die Tendinopathie möglicherweise mit einer Überlastung des rechten Fusses zu erklären, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall verursacht worden sei. Dr. J.____ und prakt. med. K.____ begründeten die noch bestehenden Beschwerden am Fuss rechts im Wesentlichen mit einer Fehlbelastung bzw. einer funktionellen Insuffizienz der fersenstabilisierenden Muskelgruppen medialeseitig (Suva-act. 112). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Fehlbelastung gemäss der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. O.____ auf unfallfremde Ursachen, nämlich die Knick-Senkfuss-Deformität und die Rückfuss-Instabilität mit Rückfuss-Valgus, zurückzuführen ist (vgl. Suva-act. 133-12 f., 133-15). Insgesamt ist eine Teilkausalität des Unfalls bezüglich der rund ein Jahr nach dem Unfall (29. April 2016) erstmals dokumentierten Beschwerden am Tarsaltunnel rechts bzw. der Tendinopathie denkbar. Dies ist jedoch nicht nachgewiesen. Der ähnliche Beschwerdeverlauf (vgl. u.a. Suva-act. 16, 43, 51, 73) an beiden Füßen spricht zudem gegen eine Unfallkausalität der am rechten Fuss aufgetretenen Beschwerden im Bereich der

Sehnen. Es erscheint jedenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass die Beschwerden mindestens teilweise auf den Unfall zurückzuführen sind. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung, zumal sich solche nur retrospektiv zu allfälligen Ursachen äussern könnten und daher ohnehin nur eine beschränkte Beweiskraft hätten.

E. 4.4

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, die festgestellte Arthrose sei mindestens teilweise auf den Unfall zurückzuführen. Für eine abschliessende Beurteilung sei ein Gutachten notwendig (act. G7). Dr. O.____ führte diesbezüglich aus, bereits in der am 27. Juli 2015, also ungefähr neun Wochen nach dem Unfall, erstellten Bildgebung (vgl. Suva-act. 13) seien Veränderungen im Sinne einer beginnenden Arthrose dokumentiert. Prof. M.____ habe am 8. Mai 2017 eine im Vergleich zur Voruntersuchung leicht progrediente Arthrose im plantaren Anteil des Chopart-Gelenks beschrieben (vgl. Suva-act. 132). Da durch den Unfall keine Inkongruenz der Gelenke der Fusswurzel in der Chopart-Linie entstanden sei, sei das leichte Fortschreiten der Arthrose dort nur eine mögliche, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfalls, sondern Ausdruck des natürlichen Fortschreitens eines bereits vorbestehenden Verschleissleidens (Suva-act. 133-15). Dies erscheint vor dem Hintergrund der bereits wenige Wochen nach dem Unfall im Anfangsstadium bestehenden Arthrose und deren üblicherweise langsamen Fortschreitens plausibel.

E. 4.5

Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass die chirurgische Beurteilung von Dr. O.____ vom 31. Mai 2017 (Suva-act. 133) auf umfassender Aktenkenntnis beruht, das gesamte Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Sie entspricht zudem im Ergebnis der Einschätzung von Dr. G.____, welche auch von Dr. L.____ bestätigt wurde (Suva-act. 83, 118). Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Berichten ergeben sich keine objektiven Gesichtspunkte, welche in der Beurteilung von Dr. O.____ ausser Acht gelassen worden wären. Diese sind nicht geeignet, die überzeugende Einschätzung der Kreisärzte in Zweifel zu ziehen.

E. 4.6

Zusammengefasst war der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Februar 2016 erreicht.

E. 5.1

Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Juli 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

E. 5.2

Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

E. 5.3

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid 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.