

SO_GERICHTE VSBES.2020.100 vom 14. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.100_d20201014

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.100 du 14 octobre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.100 del 14 ottobre 2020

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

In Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 17. März 2020 aufzuheben.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (statt vieler: Entscheide des BGer vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3, und vom 24. Oktober 2007, 8C_439/2007, E. 3.2, je mit Hinweisen).

3. Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 117 V 263 E. 3b und 282 E. 4a, 116 V 26 E. 3c, 115 V 142 E. 8a mit Hinweisen).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet 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 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b, m.w.H.). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 161 f. E. 2d). Seit

Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheidens mitzubersichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird.

Auch Berichten und Stellungnahmen versicherungsinterner Fachpersonen kommt Beweiswert zu, wenn sie die allgemeinen Anforderungen erfüllen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers stelle die Suva auf den kreisärztlichen Bericht vom 23. September 2019 ab, worin die Kreisärztin auf den Bericht der Orthopädie des C.____ vom 9. September 2019 verwiesen habe, die ein anatomisch-morphologisches Korrelat der medialen Schmerzen und eine Operationsindikation verneine. Die Einschätzung der C.____-Ärzte im Bericht vom 9. September 2019 überzeuge nicht. Sie attestierten einerseits einen stabilen Zustand, verordneten aber dennoch eine stabilisierende Bandage. Wieso ein stabiler Zustand stabilisierungsbedürftig sein solle, werde im Bericht nicht erläutert. Eine Operationsindikation verneinten sie mit Verweis auf die MRI-Bildgebung und das angeblich fehlende anatomisch morphologische Korrelat. Dr. med. D.____ weise ein solches aber mit Bericht vom 31. Juli 2020 aus und bringe den Befund mit einem stationär reaktiven Sehnenscheidenerguss in Verbindung. Im Einspracheverfahren habe die Suva einen neuen kreisärztlichen Bericht eingeholt. Die Kreisärztin führe darin aus, die MRI-Befunde entsprächen einer Sehnenscheidenentzündung, die durch anhaltende chronische Überlastung entstehe und zu Reizungen und Abnützungen führe oder es handle sich um eine rheumatoide Erkrankung. Die Tendovaginitis verursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Schmerzen am OSG, sondern im Bereich des medialen Fussgewölbes/-randes des Mittelfusses und des medialen Vorfusses. Aufgrund der Lokalisation könne der MRI-Befund rein anatomisch nicht für die persistierenden Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenkes verantwortlich gemacht werden. Der Zusammenhang zum erlittenen Supinationstrauma vom 15. April 2018 sei höchstens möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Eine reine Aktenbeurteilung durch einen versicherungsinternen Arzt setze voraus, dass sie auf einen an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt abgestützt werden könne (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_206/2017 vom 9. Juni 2017, E. 4.3.2.1). Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt. Die zuständige Kreisärztin sei zudem Fachärztin Allgemein Chirurgie und Traumatologie. Sie beurteile einen vom zuständigen Fachgebiet (Orthopädie) erstellten Bericht der Orthopäden des C.____. Sie übernehme zwar deren Einschätzung, wonach den Schmerzen ein anatomisch-morphologisches Korrelat fehle. Dennoch kritisiert sie deren Behandlungsempfehlung, zur Stabilisierung eine Bandage zu tragen. Ein lückenloser Befund liege demnach gerade nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hätte den in ihren Augen bestehenden Widerspruch zwischen Befund und Behandlungsempfehlung mittels Rückfrage bei den behandelnden Spezialisten klären müssen. Dem Bericht der Kreisärztin komme kein Beweiswert zu. Zudem äussere sich die Kreisärztin unzulässigerweise zu einer Rechtsfrage, wenn sie ausführe, der Zusammenhang des MRI-Befundes zum erlittenen Supinationstrauma sei höchstens möglich, aber nicht

überwiegend wahrscheinlich. Die Voraussetzungen für eine reine Aktenbegutachtung seien offensichtlich nicht erfüllt. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes den Befund eines reaktiven Sehnenscheidenergusses nicht abgeklärt, sondern verweise auf den Bericht der Kreisärztin, die eine Beweiswürdigung vornehme und den Zusammenhang zwischen MRI-Befund und Supinationstrauma als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich taxiere. Sodann sei in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 ATSG) bisher der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 15. April 2018 und den psychiatrischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht abgeklärt worden. Dies sei nachzuholen und könne auch nicht mit Verweis auf die antizipierte Beweiswürdigung unterbleiben. Ob zwischen dem zweiten Unfall und der mittel- bis schwergradigen Depression ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, sei durch ein psychiatrisches Gutachten abzuklären. Erst danach könnten die Adäquanz-Kriterien abschliessend geprüft und beurteilt werden. Diese dürften aber ohnehin erfüllt sein. Der Beschwerdeführer sei in der Badewanne gestürzt. Es handle sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, es könne auf die Beurteilung sowie die Berichte der Kreisärztin abgestellt werden. Insbesondere habe Dr. med. E.____ bereits am

E. 3

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären.

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers stelle die Suva auf den kreisärztlichen Bericht vom 23. September 2019 ab, worin die Kreisärztin auf den Bericht der Orthopädie des C.____ vom 9. September 2019 verwiesen habe, die ein anatomisch-morphologisches Korrelat der medialen Schmerzen und eine Operationsindikation verneine. Die Einschätzung der C.____-Ärzte im Bericht vom 9. September 2019 überzeuge nicht. Sie attestierten einerseits einen stabilen Zustand, verordneten aber dennoch eine stabilisierende Bandage. Wieso ein stabiler Zustand stabilisierungsbedürftig sein solle, werde im Bericht nicht erläutert. Eine Operationsindikation verneinten sie mit Verweis auf die MRI-Bildgebung und das angeblich fehlende anatomisch morphologische Korrelat. Dr. med. D.____ weise ein solches aber mit Bericht vom 31. Juli 2020 aus und bringe den Befund mit einem stationär reaktiven Sehnenscheidenerguss in Verbindung. Im Einspracheverfahren habe die Suva einen neuen kreisärztlichen Bericht eingeholt. Die Kreisärztin führe darin aus, die MRI-Befunde entsprächen einer Sehnenscheidenentzündung, die durch anhaltende chronische Überlastung entstehe und zu Reizungen und Abnützungen führe oder es handle sich um eine rheumatoide Erkrankung. Die Tendovaginitis verursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Schmerzen am OSG, sondern im Bereich des medialen Fussgewölbes/-randes des Mittelfusses und des medialen Vorfusses. Aufgrund der Lokalisation könne der MRI-Befund rein anatomisch nicht für die persistierenden Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenkes verantwortlich gemacht werden. Der Zusammenhang zum erlittenen Supinationstrauma vom 15. April 2018 sei höchstens möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Eine reine Aktenbeurteilung durch einen versicherungsinternen Arzt setze voraus, dass sie auf einen an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt abgestützt werden könne

(vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_206/2017 vom 9. Juni 2017, E. 4.3.2.1). Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt. Die zuständige Kreisärztin sei zudem Fachärztin Allgemein Chirurgie und Traumatologie. Sie beurteile einen vom zuständigen Fachgebiet (Orthopädie) erstellten Bericht der Orthopäden des C.____. Sie übernehme zwar deren Einschätzung, wonach den Schmerzen ein anatomisch-morphologisches Korrelat fehle. Dennoch kritisiert sie deren Behandlungsempfehlung, zur Stabilisierung eine Bandage zu tragen. Ein lückenloser Befund liege demnach gerade nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hätte den in ihren Augen bestehenden Widerspruch zwischen Befund und Behandlungsempfehlung mittels Rückfrage bei den behandelnden Spezialisten klären müssen. Dem Bericht der Kreisärztin komme kein Beweiswert zu. Zudem äussere sich die Kreisärztin unzulässigerweise zu einer Rechtsfrage, wenn sie ausführe, der Zusammenhang des MRI-Befundes zum erlittenen Supinationstrauma sei höchstens möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Voraussetzungen für eine reine Aktenbegutachtung seien offensichtlich nicht erfüllt. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes den Befund eines reaktiven Sehnenscheidenergusses nicht abgeklärt, sondern verweise auf den Bericht der Kreisärztin, die eine Beweiswürdigung vornehme und den Zusammenhang zwischen MRI-Befund und Supinationstrauma als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich taxiere. Sodann sei in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 ATSG) bisher der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 15. April 2018 und den psychiatrischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht abgeklärt worden. Dies sei nachzuholen und könne auch nicht mit Verweis auf die antizipierte Beweiswürdigung unterbleiben. Ob zwischen dem zweiten Unfall und der mittel- bis schwergradigen Depression ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, sei durch ein psychiatrisches Gutachten abzuklären. Erst danach könnten die Adäquanz-Kriterien abschliessend geprüft und beurteilt werden. Diese dürften aber ohnehin erfüllt sein. Der Beschwerdeführer sei in der Badewanne gestürzt. Es handle sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, es könne auf die Beurteilung sowie die Berichte der Kreisärztin abgestellt werden. Insbesondere habe Dr. med. E.____ bereits am

E. 5

April 2019 dargelegt, dass sich in der vorangegangenen Kontrolle im Spital unauffällige Verhältnisse ohne Schwellung und Überwärmung gezeigt hätten und das OSG klinisch stabil gewesen sei. Der Versicherte habe aber nach wie vor Schmerzen über dem LFTA und dem LFC angeben. Der behandelnde Orthopäde spreche denn auch von einem langwierigen Krankheitsverlauf, der im Rahmen der psychiatrischen Diagnose bei bekannter Depression und chronischer Schmerzstörung schwierig einzuschätzen sei. Objektivierbare Verletzungen über die Bandläsion hinaus hätten im MRI nicht vorgelegen. Im Weiteren habe die Kreisärztin nachvollziehbar festgehalten, dass eine OSG-Distorsion mit Bandläsion normalerweise nach maximal 3 - 4 Monaten ohne Residuen abheile, dies insbesondere, wenn ■ wie beim Versicherten ■ keine Instabilitäten persistierten. Mit dieser Einschätzung stimmten denn auch die Ärzte des C.____ im Bericht vom 9. September 2019 überein. Insbesondere bestätigten sie, dass kein anatomisch-morphologisches Korrelat vorgelegen habe und dass das OSG anlässlich der klinischen Untersuchung stabil gewesen sei. Im Bericht vom 23. September 2019 habe die Kreisärztin sodann dargelegt, dass von einem Endzustand auszugehen sei. Denn ein Jahr nach erlittener OSG-Distorsionsverletzung sei durch eine weitere Behandlung keine Verbesserung zu erwarten. Weitere Physiotherapien seien nicht zielführend und von einer Bandage sei

abzuraten, da sie die klinisch stabile Situation durch Schwächung der Bänder negativ beeinflussen könnte. Aus unfallbedingter Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Die OSG-Distorsion sei nach maximal vier Monaten abgeheilt. In der Ergänzung vom 16. März 2020 habe die Kreisärztin schliesslich dargelegt, dass die Sehnenscheidenentzündung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Supinationstrauma, welches biomechanisch Läsionen im Bereich des lateralen Sprunggelenkes verursache, im Zusammenhang stehe. Aufgrund der Lokalisation könne der Befund im MRI rein anatomisch nicht für die persistierenden Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenks verantwortlich gemacht werden. Sodann handle es sich beim Unfall, wie ihn der Versicherte am 15. April 2018 erlitten habe (Sturz in der Badewanne), allerhöchstens um einen mittelschweren Unfall. Da keines der Adäquanzkriterien erfüllt sei, könne die adäquate Kausalität ohne Weiteres verneint werden. Betreffend den Facharzttitel von Dr. med. E. ___ sei auf das Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2020 (8C_59/2020; E. 5.2) zu verweisen, wo Folgendes ausgeführt worden sei: «Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Kreisärzte wie auch die Fachärzte des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin sind. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG [früher: unfallähnliche Körperschädigungen gemäss Art. 9 Abs. 2 aUVV] und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen [vgl. Urteile 8C_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 9 S. 35, 8C_510/2007 vom 3. Oktober 2008 E. 7.5.4].» Somit könnten aufgrund des Facharzttitels der Kreisärztin ■ welche nota bene Ärztin für Allgemein Chirurgie und Traumatologie sei ■ keine Zweifel an der Beweiskraft ihres Berichtes aufkommen, selbst wenn sie eine Empfehlung in der Beurteilung von Dr. med. F. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, angezweifelt habe. Insgesamt seien die in den Akten liegenden Berichte von Dr. med. E. ___ überzeugend und die Suva habe gestützt hierauf die Leistungen zu Recht eingestellt.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. April 2018 zu Recht per 30. September 2019 eingestellt hat. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Im Bericht des C. ___ vom 2. November 2018 (Suva-Nr. 17) wurde eine Ruptur des Ligamentum talofibulare anterius und Teilruptur Ligamentum fibulocalcaneare Fuss rechts bei St. n. OSG-Distorsionstrauma diagnostiziert.

5.2 Im Bericht des C. ___, Klinik für Hand-, Plastische und Chirurgie der peripheren Nerven, vom 30. November 2018 (Suva-Nr. 21) wurden folgende Diagnosen gestellt:

5.3 Mit Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 (Suva-Nr. 22) führte Dr. med. E. ___, Fachärztin für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Kreisärztin, aus, die Gesundheit der versicherten Person sei am Handgelenk / Daumen / Unterarm / Ellenbogen links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. So sei eine Ringband-stenose am Daumen links möglich. Der Unfall habe aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Es sei nur eine Prellung ohne strukturelle Läsionen des HG links gemäss Notfallbericht B. ___ dokumentiert. Eine Prellung sei nach max. 2 - 4 Wochen abgeheilt.

5.4 Mit Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (Suva-Nr. 33) hielt Dr. med. E.____, Kreisärztin, fest, die Gesundheit der versicherten Person am OSG rechts sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Die Ruptur Lig. fibulonaviculare ant. sowie die Teilruptur Lig. Fibulocalcaneara seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall verursacht worden.

5.5 Im Bericht des C.____, Sprechstunde Fuss, vom 18. Januar 2019 (Suva-Nr. 44) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer habe leider nicht längerfristig von der Ruhigstellung im Vacoped sowie der Infiltration profitieren können. Klinisch könne keine Instabilität festgestellt werden. Fortführen der physiotherapeutischen Behandlung insbesondere zur Kräftigung der stabilisierenden Muskulatur.

5.6 Mit Stellungnahme vom 29. Januar 2019 (Suva-Nr. 45) führte Dr. med. E.____, Kreisärztin, aus, in Zusammenhang mit den Beschwerden am OSG rechts bestehe ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit. Es könne noch eine Serie Physiotherapie übernommen werden, danach sei keine Physiotherapie mehr indiziert, da klinisch keine Instabilität nachgewiesen worden sei.

5.7 Mit Bericht vom 21. März 2019 (Suva-Nr. 57) führte med. pract. G.____, C.____, Orthopädie-Zentrum, aus, unverändert bestünden deutliche Restbeschwerden nach oben genanntem Trauma. Eine wirkliche Besserung sei über den gesamten Zeitraum nicht möglich gewesen. Der Krankheitsverlauf sei extrem langwierig und im Rahmen der zweiten Hauptdiagnose schwierig einzuschätzen. Objektivierbare Verletzungen über die Bandläsion hinaus hätten im MRI nicht vorgelegen. Orthopädisch werde nochmals die OSG-Infiltration wiederholt und eine entsprechende Nachkontrolle mit Röntgen durchgeführt. Parallel empfehle man die Wiedervorstellung bei den Kollegen der Psychosomatik im Gesamtkontext.

5.8 In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 5. April 2019 (Suva-Nr. 59) hielt Dr. med. E.____, Kreisärztin, fest, trotz Ruhigstellung, physiotherapeutischer Nachbehandlung und Infiltrationsbehandlung persistierten beim Versicherten fast ein Jahr nach OSG-Distorsion Ruhe- und Belastungsschmerzen, die objektiv nicht nachzuvollziehen seien. In der letzten Kontrolle hätten sich eigentlich unauffällige Verhältnisse ohne Schwellung oder Überwärmung gezeigt. Das OSG sei klinisch stabil gewesen. Nach wie vor gebe der Versicherte aber Schmerzen über dem LFTA und LFC an. In seinem Bericht schreibe der behandelnde Orthopäde Dr. med. G.____, dass der Krankheitsverlauf extrem langwierig sei und im Rahmen der psychiatrischen Diagnose bei bekannter schwerer Depression und chronischer Schmerzstörung schwierig einzuschätzen sei. Objektivierbare Verletzungen über die Bandläsion hinaus hätten im MRI nicht vorgelegen. Deshalb empfehle er eine Wiedervorstellung bei den Kollegen der Psychosomatik. Weiter führte Dr. med. E.____ aus, eine OSG-Distorsion mit Bandläsion heile normalerweise nach maximal 3 - 4 Monaten ohne Residuen ab, insbesondere, wenn klinisch keine Instabilität persistiere, wie beim Versicherten. Der Versicherte sei arbeitslos; deshalb erfolge die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt. Auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt sei der Versicherte 100 % arbeitsfähig ■ aktuell für eine angepasste Tätigkeit, wechselbelastend, ohne Arbeiten auf unebenen Gelände und ohne repetitive Zwangsstellungen für das OSG (Kauern, Knien). Diese Einschränkungen würden aber nur

vorübergehend gelten. Die geplante Infiltration bedinge keine Arbeitsunfähigkeit, allenfalls nur für den Infiltrationstag.

5.9 Im Bericht des C.____ vom 7. Juni 2019, Sprechstunde Fuss (Suva-Nr. 68), wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte von Schmerzen sowohl am medialen als auch lateralen Bandapparat. In der klinischen Untersuchung zeige sich hier eine ausgeprägte Druckdolenz. In der MRI-Untersuchung vom Oktober 2018 zeige sich die Peroneus brevis-Sehne fraglich lädiert. Allerdings sei in Zusammenschau der klinischen Untersuchung und der MRI-Bildgebung die Schmerzsymptomatik auf der medialen Seite nicht erklärbar. Man werde somit auch aus forensischen Gründen eine erneute MRI-Untersuchung des rechten OSG durchführen. In der Zwischenzeit werde der Beschwerdeführer das physiotherapeutische Training zur Kräftigung der OSG- und fustabilisierenden Muskulatur wieder aufnehmen.

5.10 Im Bericht vom 31. Juli 2019 des C.____ (Suva-Nr. 75) betreffend das MR OSG rechts vom 30. Juli 2019 wurde zur Beurteilung ausgeführt:

5.11 Im Bericht des C.____, Klinik für Orthopädie, vom 9. September 2019 (Suva-Nr. 80) führten Dr. med. H.____ und Dr. med. F.____ aus, in Zusammenschau der Klinik und der MRI-Bildgebung bestehe aktuell keine Operationsindikation. Die medialen Schmerzen fänden kein anatomisch-morphologisches Korrelat. Das OSG sei in der klinischen Untersuchung stabil. Man schlage das Fortführen des konservativen Vorgehens vor. Hierfür sei eine erneute Verordnung für eine OSG stabilisierende Bandage ausgestellt worden. Zudem empfehle man die Wiederaufnahme des physiotherapeutischen Trainings zur Kräftigung der OSG- bzw. fustabilisierenden Muskulatur. Des Weiteren werde man den Beschwerdeführer bei den Kollegen der Schmerztherapie anmelden, um die derzeit noch bestehenden bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen am rechten Fuss gut einstellen zu lassen. Eine klinische Verlaufskontrolle in der Sprechstunde sei aktuell nicht vorgesehen.

5.12 Mit ärztlicher Beurteilung vom 23. September 2019 (Suva-Nr. 84) führte Dr. med. E.____, Kreisärztin aus, von einer Schmerztherapie könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung der unfallbedingten Beschwerden am OSG rechts erwartet werden. Wie auch im Verlaufsbericht vom C.____ geschrieben, fände sich für die persistierenden medialen Schmerzen am OSG kein anatomisch morphologisches Korrelat. Das OSG sei in der klinischen Untersuchung stabil. Deshalb gehe sie, Dr. med. E.____, davon aus, dass eine Schmerztherapie nicht zielführend sein werde. Auch von einer anderen Behandlung am OSG rechts könne über ein Jahr nach erlittener OSG-Distorsionsverletzung nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Der Versicherte habe die Physiotherapie nur dreimal besucht. Trotzdem fänden sich in den letzten klinischen Kontrollen am C.____ keine Instabilitäten, sodass eine weiterführende Physiotherapie zur Stabilisierung des OSGs eigentlich keinen Sinn mache. Auch das Tragen einer OSG-Bandage sei mit Vorsicht zu geniessen, da das Tragen der Bandage die aktuell klinisch stabile Situation durch Schwächung der Bänder negativ beeinflussen könnte. Aufgrund des MRI-Befundes und der klinischen Befunde sei der medizinische Endzustand erreicht. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe bezüglich der Beschwerden am OSG eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen. Es bestehe diesbezüglich kein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil. Die Klinik zeige ein stabiles OSG, sodass eine Einschränkung nicht nötig sei. Eine Integritätsentschädigung sei nicht

geschuldet. Eine OSG-Distorsion mit Teilverletzung der lateralen Bänder heile normalerweise nach maximal 3 bis 4 Monaten ohne Residuen aus, insbesondere, wenn klinisch keine Instabilität persistiere, wie beim Versicherten. Das Weiterführen der physiotherapeutischen Beübung sei bei klinisch stabilem OSG nicht notwendig. Der Nutzen der OSG-Bandage sei ebenfalls fraglich. Wie auch im letzten Bericht vom C.____ geschrieben, fänden die persistierenden Schmerzen kein anatomisch morphologisches Korrelat.

5.13 Mit Stellungnahme vom 17. März 2020 (Suva-Nr. 100) betreffend den MRI-Befund eines stationären Sehnenscheidenergusses um die Tibialis posterior-Sehne und Flexor digitorum longus-Sehne sowie auch der Flexor hallucis longus-Sehne vom 30. Juli 2019 hielt Dr. med. E.____ fest, diese Befunde seien auch schon im MRI vom 30. Oktober 2018 zu sehen und entsprächen einer Tendovaginitis, respektive einer Sehnenscheidenentzündung. Diese entstünden in den meisten Fällen durch eine anhaltende chronische Überlastung. Diese führe dazu, dass sich die Sehnen übermässig stark an der Innenseite der Sehnenscheide reiben würden, dadurch komme es dort zu Reizungen und Abnützungerscheinungen. Sehnenscheidenentzündungen an der Tibialis posterior-Sehne, wie auch der Flexor digitorum longus-Sehne und auch der Flexor hallucis longus-Sehne fänden sich häufig in Zusammenhang mit einer Fehlbelastung z.B. bei einem Knick- / Senkfuss. Diese würden Schmerzen am medialen Fussgewölbe am Mittelfuss und im Bereiche des medialen Vorfusses verursachen. Weitere Ursachen für solche Sehnenscheidenentzündungen könnten chronisch rheumatoide Erkrankungen sein. Der Zusammenhang zu einem Supinationstrauma, welches biomechanisch Läsionen im Bereich des lateralen Sprunggelenkes verursache, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Eine Tendovaginitis wie beschrieben verursache Schmerzen nicht am OSG, sondern im Bereich des medialen Fussgewölbes / -rand des Mittelfusses und des medialen Vorfusses. Aufgrund der Lokalisation könne dieser Befund im MRI vom 30. Juli 2019 rein anatomisch nicht für die persistierenden Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenkes verantwortlich gemacht werden. Der Zusammenhang zum erlittenen Supinationstrauma vom 15. April 2018 sei höchstens möglich aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

E. 6

S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

Zur Schwere des Unfalls vom 15. April 2018, welcher sich gemäss Notfallbericht vom 9. Mai 2018 (Suva-Nr. 1) als Sturz in der Badewanne mit OSG-Distorsion und Prellung Handgelenk rechts ereignete, ist folgendes festzuhalten: Das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 115 V 139 E. 6a einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt. Leichte Unfälle wurden auch angenommen bei einem Treppensturz auf das Gesäss mit initial einem Verdacht auf einen Handgelenksbruch und erst später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil des EVG vom 7. April 2005, U 221/04), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil des EVG vom 25. Februar 2003, U 78/02) sowie bei einem Sturz bei Eisregen mit

Schenkelhalsbruch (Urteil des EVG vom 2. Dezember 2002, U 145/02) sowie bei einem Sturz in der Badewanne, bei welchem sich die Versicherte an der rechten Schulter verletzte (Urteil des EVG vom 4. August 2003, U 237/02). Vor dem Hintergrund dieser Praxis und aufgrund des Umstands, dass die Intensität und mithin die Schwere auch des vorliegend strittigen Unfalls letztlich nicht über jene von banalen Sturzereignissen hinausgehen, wie sie im Alltag immer wieder auftreten können, handelt es sich auch beim Ereignis vom 15. April 2018 um einen leichten Unfall. Der adäquate Kausalzusammenhang kann daher bezüglich der nicht objektivierbaren und/oder psychischen Beschwerden ohne weiteres verneint werden. Damit erübrigen sich auch die vom Beschwerdeführer beantragten psychiatrischen Abklärungen.

E. 8

8.1 Zusammenfassend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. April 2018 ab dem 30. September 2019 verneinte. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung.

8.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

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