

SO_GERICHTE VSBES.2020.173 vom 29. Juni 2020

SO Obergericht, 2020-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.173

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.173 du 29 juin 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.173 del 29 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1971 geborene A.____ bezog Arbeitslosenentschädigung bei der Unia Arbeitslosenkasse Olten und war daher bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. 1.2 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 19. März 2018 zog sich A.____ anlässlich eines Einsatzes bei der B.____ am 7. März 2018 eine Quetschung an den rechten Zehen zu, weil ihm die Rollen eines Wagens über den Fuss gefahren seien (Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] 1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. 1.3 Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht legte die Suva die eingeholten medizinischen Akten dem Kreisarzt med. pract. C.____, Facharzt für Chirurgie, vor. Mit Einschätzung vom

E. 4

Dezember 2018 bejahte der Kreisarzt eine Leistungspflicht für circa sieben bis neun Monate (Suva-Nr. 45). Infolge zweier eingeholter Expertenmeinungen revidierte med. pract. C.____ mit ärztlicher Beurteilung vom 30. Januar 2020 seine vormalige Einschätzung und stellte sich auf den Standpunkt, dass strukturelle, objektivierbare Unfallfolgen bezüglich des rechten Fusses und des rechten Sprunggelenkes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen seien. Es sei davon auszugehen, dass die Kontusionsfolgen innerhalb von zehn bis zwölf Wochen vollständig abgeheilt seien und die aktuellen Beschwerden einem degenerativen, vorbestehenden Prozess zuzuordnen seien (Suva-Nr. 150). Die psychischen Beschwerden erklärte ein anderer Kreisarzt, Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinen Beurteilungen vom 28. Oktober 2019 und 4. September 2019 als unfallkausal (Suva-Nrn. 67 und 121). Gestützt auf die letzte kreisärztliche Beurteilung von med. pract. C.____ stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 9. März 2020 per 10. März 2020 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (Suva-Nr. 152). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 29. Juni 2020 ab (Akten-Seite [A.S.] 1). 2. Dagegen erhebt A.____ (fortan: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin Alexandra Meichssner, am 31. August 2020 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) und stellt folgende Rechtsbegehren (A.S. 14): 1. In Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2020 aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die Taggeldleistungen und die Kostenübernahme für Heilbehandlungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. März 2018 auch über den 10. März 2020 hinaus zu erbringen. 2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt gutachterlich abzuklären. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (inkl. MwSt). 3. Mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2020 schliesst die

Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 28). 4. Mit Eingabe vom 12. Oktober 2020 verzichtet der Beschwerdeführer auf eine Replik und hält an den Anträgen gemäss Beschwerde vom 31. August 2020 fest (A.S. 42). 5. Mit Eingabe vom 14. Oktober 2020 reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers die Kostennote ein (A.S. 44). 6. Mit Verfügung vom 22. Dezember 2020 wird die Beschwerdegegnerin eingeladen, sich ergänzend zur Frage zu äussern, wie die Beurteilung von Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie, vom 21. Januar 2020 beweisrechtlich einzuordnen ist. Mit Eingabe vom 11. Januar 2021 reicht die Beschwerdegegnerin eine entsprechende Stellungnahme ein (A.S. 50). 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Der Anspruch auf eine Invalidenrente setzt voraus, dass die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Ein Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung besteht, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist (Art. 24 Abs. 1 UVG). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss 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 (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.3 Im Weiteren wird verlangt, 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 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, sodass die Adäquanzen praktisch keine Rolle spielt. Treten nach einem Unfall hingegen psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, bedarf es einer besonderen Adäquanzenprüfung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Grundlage für diese Prüfung bilden dabei der augenfällige Geschehensablauf sowie gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind

die durch BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so gelten grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden; sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; vgl. zum Ganzen auch: Urteil 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 2). 3. 3.1 Sowohl das
Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3.a S. 352). 3.2 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. 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 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen). Das heisst, auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Diese «geringe Zweifel-Praxis» gilt sodann auch für die Berichte der Vertrauensärzte der Unfallversicherung (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). 4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 10. März 2020 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung verneint hat. Hierbei stellt sich die Frage, ob die dem vorinstanzlichen Entscheid zu Grunde gelegten medizinischen Beurteilungen beweiskräftig sind.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Versicherungsleistungen per 10. März 2020 eingestellt und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen in Form einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung abgelehnt. Dabei stützt sie sich im Wesentlichen auf die kreisärztliche Beurteilung von med. pract. C. ___ vom 30. Januar 2020. Der Kreisarzt stellt unter Berücksichtigung der Beurteilungen von Prof. Dr. F. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Prof. Dr. med. E. ___ fest, dass durch den Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Gesundheitsschäden verursacht worden seien. Der rechte Fuss des Versicherten sei bereits vor dem Unfall beeinträchtigt gewesen. Der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner objektivierbaren, strukturellen Läsion geführt. Die Beurteilung von med. pract. C. ___ vom 29. Januar 2020 stimme mit den sich aus den übrigen medizinischen Akten ergebenden Erkenntnissen überein. Im Weiteren sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Versicherten und dem Unfall vom 7. März 2018 zu verneinen, da der Unfall als leicht zu qualifizieren sei. Selbst wenn von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen werde, sei ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesem und den psychischen Beschwerden des Versicherten zu verneinen, da dem Unfall vom 7. März 2018 in Prüfung der entsprechenden Kriterien keine massgebende Bedeutung für die Entstehung der psychischen Störungen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung beigemessen werden könne. Zur Rüge hinsichtlich der Gehörs- und Partizipationsrechte gemäss Art. 44 entgegnet die Beschwerdegegnerin, dass es sich bei der fachärztlich-radiologischen Beurteilung von Prof. Dr. med. E. ___ vom 21. Januar 2020 nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG, sondern lediglich um einen medizinischen Aktenbericht handle. Ein solcher medizinischer Aktenbericht sei ohne weiteres zulässig. Hinzu komme, dass die Beurteilung von Prof. Dr. med. E. ___ mit dem Einspracheentscheid mitgesandt worden sei und sich der Beschwerdeführer damit im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingehend habe auseinandersetzen können. Vor diesem Hintergrund könne von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs keine Rede sein. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 11. Januar 2021 stellt die Beschwerdegegnerin erneut fest, dass der Bericht von Prof. Dr. med. E. ___ kein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG sei. Es handle sich um eine beschränkte, punktuelle Beurteilung, welche als Auskunft einer ärztlichen Drittperson gemäss Art. 12 lit. c VwVG in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG zu qualifizieren sei. 5.2 Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, der Entscheid der Beschwerdegegnerin beruhe auf einem

ungenügend erhobenen rechtserheblichen Sachverhalt. Aufgrund der widersprüchlichen medizinischen Aktenlage hätte eine Begutachtung unter Wahrung der Partizipationsrechte gemäss Art. 44 ATSG angeordnet werden sollen. Stattdessen habe der Kreisarzt eine radiologische Aktenbeurteilung bei Prof. Dr. med. E. ___ eingeholt. Dieses Vorgehen verletze erstens das rechtliche Gehör und setze zweitens den Beweiswert dieses Gutachtens herab. Prof. Dr. med. E. ___ habe in materieller Hinsicht ein medizinisches Gutachten erstellt, ohne den Beschwerdeführer vorgängig darüber zu informieren oder ihm nachträglich die Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Ausserdem sei der Beschwerdeführer trotz widersprechenden Arztberichten nicht persönlich untersucht worden. Die Heilung einer Verletzung des rechtlichen Gehörs im Rechtsmittelverfahren solle die Ausnahme bleiben, weshalb der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin im Sinne des Eventualantrages anzuweisen sei, ein den bundesgerichtlichen Beweisanforderungen genügendes Gutachten einzuholen. Hinsichtlich der Beweiswürdigung wird in der Beschwerde ausgeführt, dass selbst wenn das Gutachten von Prof. Dr. med. E. ___ als ein von einem versicherungsexternen Sachverständigen im Rahmen des nichtstreitigen Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten gelten solle, dieses die bundesgerichtlichen Beweisanforderungen nicht erfülle. Eine reine Aktenbeurteilung setze voraus, dass sie auf einen an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt abgestützt werden könne, was vorliegend nicht erfüllt sei. Der zuständige Kreisarzt habe wiederholt seine Meinung gewechselt, indem er Facharztberichte unkritisch übernommen habe. Im Weiteren genügten auch die durch den Kreisarzt eingeholten Beurteilungen von Prof. Dr. med. F. ___ und von Prof. Dr. med. E. ___ inhaltlich den beweisrechtlichen Anforderungen nicht. Im Bericht von Dr. med. F. ___ fehle eine Erläuterung dazu, weshalb die auf dem initialen MRI nach dem Unfall sichtbar gewesene Peronealsehnenläsion und die osteochondrale Läsion am Talus mit grösster Wahrscheinlichkeit vorbestehend seien. Prof. Dr. med. F. ___ verneine im Gegensatz zu Prof. Dr. med. G. ___, Facharzt für Radiologie, einen Erguss im USG und schliesse aufgrund nicht vorhandener perifokalen Spongiosaödem und fehlender Gelenksreizung im USG (Synovialitis, Erguss) auf vorbestehende Beschwerden. Im Weiteren komme Prof. Dr. med. E. ___ zum Schluss, dass die diffuse Verdickung der Peroneus brevis Sehne viel eher für eine Degeneration als eine traumatische interstitielle Ruptur spreche. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den vorhandenen und widersprüchlichen Arztberichten nehme er nicht vor. Das sei jedoch eine unverzichtbare Voraussetzung für den Beweiswert einer Expertise. Zum adäquaten Kausalzusammenhang bezüglich der psychischen Beschwerden lässt der Beschwerdeführer schliesslich ausführen, dass es sich mindestens um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen handle und die entsprechenden Adäquanzkriterien erfüllt seien. Der Kreisarzt, Dr. med. D. ___, habe den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Beschwerden ebenfalls wiederholt bejaht. Falls die somatischen und psychischen Beschwerden adäquat kausal auf den Unfall vom 7. März 2018 zurückzuführen seien, seien dem Beschwerdeführer die Taggelder über den 10. März 2020 hinaus auszurichten. Falls von weiteren Behandlungen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei, seien der Anspruch auf eine Invalidenrente und die Integritätsentschädigung zu prüfen. Eventualiter sei der rechtserhebliche Sachverhalt durch ein polydisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Radiologie, Orthopädie und Psychiatrie abzuklären. 6. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich des medizinischen Sachverhalts sowie der Beurteilung der Unfallkausalität sind im Wesentlichen folgende Akten relevant: 6.1

Gemäss Schadenmeldung UVG für arbeitslose Personen vom 19. März 2018 seien dem Versicherten am 7. März 2018 die Rollen eines Wagens über den Fuss gefahren. Dabei sei es zu einer Quetschung an den rechten Zehen gekommen (Suva-Nr. 1). 6.2 Im Arzteugnis des Hausarztes Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wurde zum Unfallhergang ausgeführt, dass ein Stapler in den rechten Fuss gefahren sei. Es bestehe eine Schwellung, Rötung am rechten Fuss und primär keine Hinweise auf ossäre Läsionen. Dr. med. H.____ diagnostizierte ein Distorsions-, Kontusionstrauma am rechten Fuss und attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 7. März 2018 (Suva-Nr. 15). 6.3 Mit Bericht des I.____ vom 7. Juni 2018 hielt med. pract. J.____, Orthopäde, als Hauptdiagnose einen Status nach Direktkontusion (Gabelstapler) Fuss rechts lateral 02/2018 fest. Das Röntgen ergebe keinen Anhalt für eine frische ossäre Läsion. Keine höhergradigen degenerativen Veränderungen. Beim Versicherten bestünden nun seit mehreren Monaten ausgeprägte Schmerzen im Bereich des lateralen Rückfusses. Es sei ein MRI des Rückfusses/OSG durchzuführen (Suva-Nr. 15 S. 4 f.). 6.4 Im Bericht vom 25. Juni 2018 führte Dr. med. K.____, Facharzt Radiologie, zum durchgeführten MRI des OSG rechts aus, es zeige sich eine subtotale Ruptur der Peroneus brevis Sehne, die abgeplattet erscheine und einen Split aufweise mit hochgradig signalgestörten Restfaserzügen, daneben sei ein verstärktes Enhancement der Sehnenscheide zu identifizieren, die Longus-Sehne lasse sich kontinuierlich dokumentieren. Degenerative Veränderungen im USG, insbesondere an der posterioren Taluskontur an der Gelenksfläche zum Kalkaneus, mit subchondralen Geröllzysten und einem Ödem. Etwas verstärktes Weichteilgewebe im Sinus tarsi und um das Ligamentum talokalkaneare interossum, hypertrophe Synovia im OSG mit einem Gelenkerguss dorsal. Narbenstrukturen um den Malleolus lateralis im Sinne einer alten abgeheilten Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius (alter ossärer Ausriss), verstärkt gewelltes Ligamentum fibulokalkaneare (Suva-Nr. 20). 6.5 Im Bericht des I.____ vom 6. September 2018 nannte Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Hauptdiagnosen eine Partialruptur Peroneus brevis Sehne sowie degenerative Veränderungen posteriore Gelenksfacette subtalar Fuss rechts bei (-) Status nach Direktkontusion (Gabelstapler) Fuss rechts lateral 02/2018. Gemäss MRI des rechten Rückfusses liege eine Partialruptur der Peroneus brevis Sehne vor, welche längsgespalten sei. Subfibulär nach distal ziehend signalgestörte Restfaserzüge der Sehne. Die Peroneus longus Sehne zeige sich unauffällig. Im posterioren Bereich des Subtalargelenkes fänden sich deutliche degenerative Veränderungen mit insbesondere talar deutlichem Knochenmarksödem und feinen zystischen Veränderungen. Der klinische Verdacht auf eine Peronealsehnenruptur habe sich bestätigt. Des Weiteren fänden sich aber auch degenerative Veränderungen im Subtalargelenk, welche klinisch nicht unterscheidbar seien bezüglich Beschwerdeauslösung. Da bis anhin die konservative Therapie noch nicht ausgeschöpft worden sei, werde in zwei Wochen unter BV-Kontrolle das Subtalargelenk rechts diagnostisch und therapeutisch infiltriert (Suva-Nr. 34). 6.6 Gemäss Operationsbericht des I.____ vom 20. September 2018 sei eine Infiltration posteriores USG rechts mit 40 mg Kenakort und 4 ml Mepivacain erfolgt (Suva-Nr. 32). 6.7 In der Vorlage Versicherungsmedizin vom 4. Dezember 2018 stellte der Kreisarzt med. pract. C.____ fest, dass der rechte Fuss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor dem Unfall nur teilweise beeinträchtigt gewesen sei durch degenerative Veränderungen im USG rechts, Narbenstrukturen um den Malleolus lateralis im Sinne einer alten abgeheilten Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius (alter ossärer Ausriss). Durch den Unfall sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Partialruptur an der Peroneus brevis Sehne rechts

verursacht worden. Der Schaden sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach circa sieben bis neun Monaten nach dem Unfall abgeheilt. Wahrscheinlich sei ab dem 1. Januar 2019 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (Suva-Nr. 45). 6.8 Gemäss Bericht des I. ___ vom 6. Dezember 2018 habe die USG-Infiltration keine Beschwerdenlinderung gebracht, so dass nun mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die Schmerzen durch die Peronealsehnenruptur verursacht würden. Der Arbeitsausfall im gehenden/stehenden Beruf betrage mindestens zwei bis drei Monate (Suva-Nr. 48). 6.9 In der Vorlage Versicherungsmedizin vom 13. Dezember 2018 erklärte der Kreisarzt med. pract. C. ___, dass aufgrund der aktuellen klinischen Befunde das im Bericht vom 6. Dezember 2018 vorgeschlagene Procedere bestätigt werden könne (Suva-Nr. 49). 6.10 Mit Bericht des C. ___ vom 17. Januar 2019 wurde neu als zusätzliche Hauptdiagnose eine psychosoziale Belastungssituation genannt. Eine psychiatrische Anbindung sei bereits erfolgt, ein stationärer Aufenthalt von 6 bis 8 Wochen sei geplant. Unveränderte Beschwerden im Bereich der Peronealsehne. Diese seien allerdings im Rahmen der Gesamtsituation aktuell zweitrangig. Zunächst sei ein stationärer Aufenthalt geplant (Suva-Nr. 63). 6.11 Mit Stellungnahme vom 25. Januar 2019 diagnostizierte Dr. med. univ. M. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine chronifizierte, ängstlich agitierte, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägte Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11) mit intermittierenden Phasen von schwer ausgeprägten Symptomen im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung mit misstrauischen und fraglich paranoiden Zügen (Z 73.1). Zudem ergäben sich die Kriterien für eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-Nr. 64). 6.12 In der psychiatrischen Beurteilung vom 28. Januar 2019 bejahte der Kreisarzt Dr. med. D. ___ einen natürlichen, teilkausalen Zusammenhang zwischen aktuellen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 7. März 2018. Die Angaben der behandelnden Psychiaterin seien im Wesentlichen gut nachvollziehbar. Die in den Akten erwähnte psychosoziale Belastungssituation hänge wahrscheinlich zu einem erheblichen Teil mit den Unfallfolgen zusammen. Eine Psychotherapie und ein stationärer Aufenthalt seien indiziert (Suva-Nr. 67). 6.13 Gemäss Austrittsbericht der Klinik N. ___ vom 14. Juni 2019 sei der Versicherte vom 20. Februar 2019 bis 15. April 2019 hospitalisiert gewesen (Suva-Nr. 104). 6.14 In der Vorlage Versicherungsmedizin vom 9. Juli 2019 erklärte der Kreisarzt med. pract. C. ___ zur Frage des weiteren Prozederes bezüglich der somatischen Beschwerden, dass er eine nochmalige fachorthopädische Beurteilung in der Fussprechstunde bei Prof. Dr. med. F. ___ dringend empfehle zur Klärung der Frage, ob eventuell ein weiteres diagnostisches oder therapeutisches bzw. operatives Procedere anzustreben sei und ob dadurch mit einer namhaften Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu rechnen sei (Suva-Nr. 98). 6.15 Nach der Untersuchung vom 16. August 2019 diagnostizierte der Kreisarzt Dr. med. D. ___ in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 4. September 2019 (1.) Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), (-) Aktuell schwere depressive Episode (ICD-10: F33.2), (-) Mit psychotischen Symptomen (Stimmenhören), (-) Therapieresistenter, chronifizierender Verlauf, (2.) Angststörung (ICD-10: F41), (-) Sowohl ungerichtete als auch spezifische Ängste, (-) Panikattacken, (-) Therapieresistenter, chronifizierender Verlauf, (3.) Chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.41), (-) Mit somatischen und psychischen Faktoren. Es bestehe bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit. Zum Unfallgeschehen führte Dr. med. D. ___ aus, dass es am 7. März 2018 während eines Zwischenverdienstes bei der Firma B. ___, wo der Versicherte vor

allem in der Produktion von Kleinteilen eingesetzt worden sei und zudem Transportaufgaben übernommen habe, zum Unfall gekommen sei. Beim Verladen von Material sei ein Elektro-Stapler (ohne Sitz) auf leicht abschüssigem Gelände vor dem Firmengebäude ins Rollen gekommen. Der Versicherte habe diesen nicht stoppen können, weshalb ihm dieser in den rechten Fuss gerollt sei, was zu einem Sturz geführt habe. Trotz recht starker Schmerzen habe der Versicherte noch eine Tour mit einem Lieferwagen durchgeführt. Danach habe ihn sein Vorgesetzter wegen den zunehmenden Schmerzen zum Arzt geschickt. Bei der Beantwortung der Versicherungsfragen stellte Dr. med. D.____ fest, dass aus versicherungspsychiatrischer Sicht überwiegend wahrscheinlich ein natürlicher, teilkausaler Zusammenhang zwischen der schweren, komplexen psychiatrischen Störung und dem Arbeitsunfall vom 7. März 2018 und dessen Folgen bestehe. Die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Therapie sei sinnvoll. Allerdings sei es aufgrund des bisherigen Verlaufs wenig wahrscheinlich, dass diese in absehbarer Zeit zu einer namhaften Verbesserung des psychischen Zustandsbildes (das heisse, mit Erreichen einer Arbeitsfähigkeit) führen werde (Suva-Nr. 121).

6.16 Hinsichtlich der MRI-Untersuchung vom 6. September 2019 stellte Prof. Dr. med. G.____ zu den Befunden fest: Gelenkerguss im OSG. Keine fassbare osteochondrale Läsion. Belastungsreaktion an der laterodorsalen Gelenkfacette zwischen Talus und Calcaneus. Jedoch keine Fraktur. Intaktes Springligament. Normale knorpelige Gelenkflächen. Unauffällige Darstellung der Extensorensehnen. Die Flexorensehnen wiesen eine Flüssigkeitsvermehrung auf Höhe des OSG auf. Intakte fibulotalare Ligamente. Auch die tibiofibularen und tibio calcanearen Ligamente seien unauffällig. Chronische Schädigung der Sehne des M. peroneus brevis. Kein plantarer Fersensporn. Ein wenig Bursitis subachillea. Intakte Achillessehne. In seiner Beurteilung führte Prof. Dr. G.____ aus, Belastungsreaktion im USG dorsal mit kleiner fraglicher spongiöser Mikrofraktur DD auch beginnende Geröllzyste zwischen posteriorem Talus. Gelenkerguss. Flüssigkeitsvermehrungen in den Sehnenscheiden der plantaren Flexoren, insbesondere des Flexor hallucis longus. Gleichfalls Belastungsreaktion an den Sehnen der Peroneusgruppe mit fraglicher Paritalruptur der Sehne des Musculus peroneus brevis (Suva-Nr. 125).

6.17 Im Bericht des O.____ vom 6. September 2019 diagnostizierte Prof. Dr. med. F.____ (-) Neuropathische Schmerzen Sinus tarsi und lateraler Unterschenkel rechts nach Kontusion Fuss rechts lateral 7.3.2018, (-) osteochondrale Läsion am medialen Processus posterior tali rechts (vorbestehend), (-) degenerative Läsion Peroneus brevis-Sehne rechts (vorbestehend) und (-) rezidivierende depressive Störung. Zur Bildgebung wurde unter anderem festgehalten, dass ein Vergleich der beiden MRI vom 6. September 2019 (vgl. Suva-Nr.125) und 7. März 2018 (recte: 25. Juni 2018, vgl. E. II.6.4 hiervor) ergebe, dass sich im früheren MRI fleckige Signalanhebungen in der Spongiosa des Talus gezeigt hätten, welche im aktuellen MRI nicht mehr vorhanden seien. In seiner Beurteilung führte Prof. Dr. med. F.____ aus, die aktuellen Beschwerden seien „neuropathischer“ Natur, ein mechanisches Korrelat, dessen Elimination auch die Beschwerden verbessern würde, gebe es nicht. Sowohl die Peronealsehnenläsion, wie auch die osteochondrale Läsion am Talus, seien mit grösster Wahrscheinlichkeit vorbestehend (bereits auf dem initialen MRI dreieinhalb Monate nach Unfall sichtbar). Die osteochondrale Läsion am Talus zeige weder ein perifokales Spongiosaödem, noch zeige sich eine Gelenksreizung im USG (Synovialitis, Erguss), welche auf eine beschwerderelevante entzündliche Aktivität hinweisen würde. Die dort durchgeführte Infiltration habe auch deswegen nicht erfolgreich sein können. Die Sehnenläsion zeige ebenfalls keine relevante umgebende entzündliche Aktivität, weswegen sie auch nicht als

verursachend gelten könne. Der Gelenkserguss im OSG und talonavicular sei zu klein, um die bestehenden Beschwerden zu verursachen. Auch die Klopfempfindlichkeit der Nerven spreche für ein «neuropathisches» Phänomen. Somit könnten keine physikalischen Therapien definiert werden, welche mit genügender Wahrscheinlichkeit die Situation sicher positiv beeinflussten. Er empfehle somit keine physikalische oder operative Behandlung (Suva-Nr. 122).

6.18 Mit Vorlage Versicherungsmedizin vom 21. Oktober 2019 erklärte der Kreisarzt med. pract. C.____, dass die Partialruptur wahrscheinlich abgeheilt sei. Von einer weiteren Behandlung bezüglich der somatischen Beschwerden am Fuss/OSG rechts könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung erwartet werden (Suva-Nr. 126).

6.19 Gemäss Bericht des I.____ vom 7. Januar 2020 bestehe im posterioren Subtalargelenk ein bis auf die Grenzlamelle reichender Knorpeldefekt mit sekundär arthrotischen Veränderungen. Alte Längsspaltung der Sehne des Musculus peroneus brevis mit ausgeprägter Tendinopathie (nicht entzündlich meist degenerative Sehnenerkrankung), Fleckig T2-hyperintenses ossäres Signal, DD Morbus Sudeck (Suva-Nr. 146).

6.20 Mit Schreiben vom 9. Januar 2020 bat der Kreisarzt med. pract. C.____ um eine fachärztlich-radiologische Beurteilung durch Prof. Dr. med. E.____. Bei widersprüchlichen Angaben der untersuchenden und behandelnden Ärzte möchte er feststellen lassen, ob die durchgeführten kernspintomographischen Untersuchungen des rechten Sprunggelenkes auf frische traumatische Läsionen infolge des Ereignisses vom 7. März 2018 hinweisen würden, oder ob es sich um vorbestehende Läsionen und degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Fusses handle (Suva-Nr. 145).

6.21 In seinem fachradiologischen Gutachten vom 21. Januar 2020 nahm Prof. Dr. med. E.____ Stellung zu den MRI-Untersuchungen vom 25. Juni 2018 und 6. September 2019. Hinsichtlich der MRI-Untersuchung vom 25. Juni 2018 stellte er fest, dass diese eine umschriebene Zone von zystischen subchondralen Knochenmarksveränderungen im posterioren Anteil des Talus resp. an der USG-Gelenksfläche zeige. Diese Veränderungen seien kleinzystisch und es zeige sich kein Erguss im unteren Sprunggelenk. Ein weiterer Befund sei ein Peroneal-Split mit zusätzlicher diffuser Verdickung des distalen Anteils der Peroneus brevis Sehne, in ihrem Verlauf von der Fibulaspitze bis zur Insertion. Morphologisch passe dieser Befund gut zu einer interstitiellen Längsruptur der Peroneus brevis Sehne. Die übrigen langen Fusssehnen seien intakt. Zusätzlich finde sich wenig Erguss im oberen Sprunggelenk. Zur MRI-Untersuchung vom 6. September 2019 führte Prof. Dr. med. E.____ aus, dass die subchondralen Veränderungen im posterioren Anteil des Talus jetzt noch mehr zu zystischen Veränderungen übergegangen seien. Unverändert zeige sich kein Gelenkserguss im USG. Die Degeneration resp. der Peroneus Split und die Längsruptur der Peroneus brevis Sehne seien unverändert. Basierend darauf folgerte Prof. Dr. med. E.____, dass morphologisch die Läsion im posterioren Anteil des Talus als zystisch umgewandelte osteochondrale Läsion zu bezeichnen sei, welche aufgrund der vorliegenden Bildgebung drei Monate nach inkriminierten Trauma entdeckt worden sei. Im Verlauf zu einer weiteren Untersuchung sechs Monate nach dem Trauma habe sich diese Läsion noch mehr in eine Zyste umgewandelt. Aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine osteochondrale Läsion handle, könne ein Zusammenhang mit dem Trauma nicht vollständig ausgeschlossen werden. Hingegen handle es sich bezüglich der interstitiellen Längsruptur der Peroneus brevis Sehne eher um eine nicht mit dem Trauma in Zusammenhang assoziierte Sehnenläsion. Diese Beurteilung werde mit der Tatsache begründet, dass der distale Anteil der Peroneus brevis Sehne diffus verdickt sei, was viel eher für eine Degeneration als eine traumatische interstitielle Ruptur spreche (Suva-Nr. 148).

6.22 Mit Ärztlicher Beurteilung

vom 30. Januar 2020 erklärte med. pract. C.____, die Gesundheit des rechten Fusses des Versicherten sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall beeinträchtigt gewesen. Durch den Unfall seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Gesundheitsschäden verursacht worden. In der kreisärztlichen Beurteilung vom 4. Dezember 2018 habe er fälschlicherweise die kernspintomographisch nachgewiesene Partialruptur der Peroneus brevis-Sehne rechts als Unfallfolge des Ereignisses vom 7. März 2018 bewertet. Wie den Berichten von Prof. Dr. med. F.____ und Prof. Dr. med. E.____ zu entnehmen sei, deute die durchgeführte kernspintomographische Diagnostik mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine vorbestehende, degenerative Läsion der Peroneus brevis Sehne rechts hin. Zusammenfassend sei festzustellen, dass nach dem Ereignis vom 7. März 2018 anhand aller fachärztlich klinischen und radiologischen Befunde sowie aufgrund der vorliegenden bildgebenden Diagnostik, strukturelle objektivierbare Unfallfolgen bezüglich des rechten Fusses und des rechten Sprunggelenkes mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen seien. Die dargestellten zystischen, subchondralen Veränderungen im posterioren Anteil des Talus seien höchstens als mögliche Folgen dieses Ereignisses vom 7. März 2018 zu werten. Bei fehlenden Hinweisen auf eine frische posttraumatische strukturelle Verletzung in der radiologischen Diagnostik sowie den klinischen Angaben für eine frische strukturelle Läsion des rechten Sprunggelenkes und Fusses, sei davon auszugehen, dass die Kontusionsfolgen innerhalb von zehn bis zwölf Wochen vollständig abgeheilt und die aktuellen Beschwerden einem degenerativen, vorbestehenden Prozess zuzuordnen seien (Suva-Nr. 150).

7. Die Beschwerdegegnerin verneint ihre Leistungspflicht unter Berufung auf den fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 7. März 2018 und den geklagten Beschwerden. Ihren Entscheid stützt sie im Wesentlichen auf die Beurteilung des Kreisarztes med. pract. C.____ sowie auf die Berichte von Prof. Dr. med. F.____ und Prof. Dr. med. E.____. Dagegen wendet der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein, dass mit der radiologischen Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. E.____ eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, namentlich dem Mitwirkungsrecht gemäss Art. 44 ATSG, vorliege. Zudem sei die medizinische Aktenlage widersprüchlich und die kreisärztliche Beurteilung von med. pract. C.____ nicht beweiskräftig.

8. Vorab ist auf die Rügen betreffend die Verletzung des rechtlichen Gehörs und die Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. E.____ einzugehen.

8.1 Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, dass die vom Kreisarzt in Auftrag gegebene Beurteilung von Prof. Dr. med. E.____ in materieller Hinsicht ein medizinisches Gutachten darstelle und nach den Regeln von Art. 44 ATSG hätte eingeholt werden müssen. Die Beschwerdegegnerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, dass der Bericht von Prof. Dr. med. E.____ kein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG sei, sondern eine beschränkte, punktuelle Beurteilung, welche als Auskunft einer ärztlichen Drittperson gemäss Art. 12 lit. c VwVG in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG zu qualifizieren sei.

8.1.1 Eine klare Abgrenzung zwischen medizinischen Gutachten (insb. Administrativgutachten) und ärztlichen Stellungnahmen gibt es weder in der Literatur noch in der Rechtsprechung (BSK-ATSG, Massimo Aliotta, Art. 44, Rz. 6 mit weiteren Hinweisen). In BGE 135 V 254 E. 3.3.1 stellte das Bundesgericht fest, ob eine medizinische Expertise vorliege, beurteile sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung sei nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten

medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten. 8.1.2 Im vorliegenden Fall wurde Prof. Dr. med. E. ___ vom Kreisarzt beauftragt, eine fachärztlich-radiologische Beurteilung der MRI-Untersuchungen vorzunehmen zur Feststellung, ob Hinweise auf eine frische traumatische Läsion oder auf vorbestehende degenerative Veränderungen vorliegen (Suva-Nr. 145). Die eingeholte Aktenbeurteilung vom 21. Januar 2020 beschränkt sich entsprechend auf die MRI-Untersuchungen vom 25. Juni 2018 und 6. September 2019 sowie die Frage, ob traumatische oder aber degenerative Veränderungen vorliegen (Suva-Nr. 148). Eine Würdigung der gesamten medizinischen Akten und eine eigene Untersuchung haben nicht stattgefunden. Die verfahrensmässige Bedeutung erscheint sodann aufgrund der übrigen medizinischen Aktenlage, welche in den wesentlichen Punkten mit den Schlussfolgerungen von Prof. Dr. med. E. ___ übereinstimmt, als begrenzt. Im Lichte der vorstehenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die radiologische Beurteilung von Prof. Dr. med. E. ___ daher eher als medizinische Stellungnahme und nicht als Gutachten zu qualifizieren. Für die Annahme einer medizinischen Stellungnahme, welche nicht unter Art. 44 ATSG fällt, sprechen sodann weitere Urteile, in denen das Bundesgericht in vergleichbaren Konstellationen ähnliche fachärztliche Beurteilungen für beweismässig erklärte. So erachtete das Bundesgericht im Urteil 8C_153/2017 vom 29. Juni 2017 E. 6.2 und 6.4 eine Zusatzbeurteilung zu den bildgebenden Abklärungen, welche der Kreisarzt von einem Nicht-Vertrauensarzt eingeholt hatte, als beweismässig. Es befand, dass die radiologische Zusatzbeurteilung die rechtlichen Beweisanforderungen an einen Aktenbericht erfülle. Im Urteil 8C_583/2019 vom 12. November 2019 E. 5.2.1 würdigte das Bundesgericht eine konsiliarische Zusatzbeurteilung, welche der Kreisarzt vorgängig seiner Beurteilung einem Radiologen vorgelegt hatte. Es kam zum Schluss, dass mit dessen einlässlichen Beurteilung eine fachärztliche Stellungnahme vorliege, auf die abgestellt werden könne. Im Urteil 8C_693/2010, 8C_694/2010 vom 25. März 2010 E. 8.2.1 stellte das Bundesgericht fest, dass der von der Versicherung beigezogene Spezialarzt kein versicherungsinterner Arzt sei. Es handle sich bei seinem Gutachten indessen auch nicht um eine vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Expertise. Eine abschliessende Klärung der fraglichen rechtlichen Qualifikation liess das Bundesgericht schliesslich offen und erwo, dass der Beschwerdeführer keine eigentliche bzw. entscheidewesentlichen Zweifel an der Zuverlässigkeit der zu beurteilenden ärztlichen Stellungnahme erhoben habe. Unter Berücksichtigung der dargelegten Rechtsprechung ist die fragliche Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. E. ___ damit eher als medizinische Stellungnahme zu qualifizieren, womit eine Verletzung der Mitwirkungsrechte gemäss Art. 44 ATSG verneint werden kann. 8.1.3 Würde – im Sinne einer Eventualbegründung – die radiologische Beurteilung von Prof. Dr. med. E. ___ dennoch als Gutachten qualifiziert, so steht unbestrittenermassen fest, dass dieses nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren gemäss Art. 44 ATSG eingeholt wurde. Es stellt sich daher die Frage nach der Rechtsfolge. Im Urteil 8C_63/2009 vom 25. Januar 2010 E. 4.7 befand das Bundesgericht, dass ein versicherungsexternes (polydisziplinäres) Gutachten, welches ohne Wahrung der Mitwirkungsrechte eingeholt wurde, nicht als solches gewertet werden könne; ihm komme nur der Beweiswert einer Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson zu. Es sei somit nur insoweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Schlussfolgerungen bestehen. Die fachärztliche Beurteilung von Prof. Dr. med. E. ___ erscheint inhaltlich nachvollziehbar und stimmt im Wesentlichen auch mit den übrigen medizinischen Einschätzungen überein (vgl. E. 9

hiernach), womit keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. In Anlehnung an die vorstehende Rechtsprechung wäre die Beurteilung von Prof. Dr. med. E.____ demnach beweiswertig im Sinne eines versicherungsinternen Gutachtens. Folglich käme ihr trotz Umgehung der Mitwirkungsrechte ein – wenngleich herabgesetzter – Beweiswert zu. Vor diesem Hintergrund muss die Frage der rechtlichen Qualifikation als ärztliche Stellungnahme oder Gutachten nicht abschliessend geklärt werden. Insgesamt genügt die Beurteilung von Prof. Dr. med. E.____ den rechtlichen Beweisanforderungen an eine externe medizinische Stellungnahme sowie auch an ein versicherungsinternes Gutachten.

8.2 Im Weiteren hat Prof. Dr. med. E.____ im Auftrag des Kreisarztes die MRI-Bilder und damit einen feststehenden medizinischen Sachverhalt fachärztlich- radiologisch beurteilt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, sind damit die rechtlichen Beweisanforderungen an einen Aktenbericht erfüllt bzw. eine persönliche Untersuchung war nicht erforderlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_153/2017 vom 29. Juni 2017 E. 6 und 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 7.2 mit Hinweis).

8.3 Ferner rügt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch auf das rechtliche Gehör verletzt, indem sie dem Beschwerdeführer den Bericht von Prof. Dr. med. E.____ nicht mit der Verfügung vom 9. März 2020 zugestellt habe. Ein zentraler Teilgehalt des rechtlichen Gehörs besteht im Recht auf Akteneinsicht sowie dem Recht, sich zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f.). Die im Bericht von Prof. Dr. med. E.____ enthaltene Würdigung stimmt im Wesentlichen mit den Einschätzungen der übrigen Aktenlage überein, enthält aber dennoch zumindest eine neue medizinische Einschätzung in Bezug auf einen allfälligen möglichen Zusammenhang zwischen der Läsion am Talus und dem Unfall. Der Bericht hätte dem Beschwerdeführer daher vor Erlass der Verfügung zur Stellungnahme zugestellt werden müssen. Mit der unterlassenen Zustellung liegt folglich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Bei der besagten Gehörsverletzung handelt es sich jedoch um einen heilbaren Mangel. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich der Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften zur Beurteilung von Prof. Dr. med. E.____ hat äussern können.

8.4 Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden, dass der Kreisarzt im Rahmen seiner eigenen Beurteilung auf den Aktenbericht von Prof. Dr. med. E.____ abstellen durfte.

9. Zu prüfen ist im Weiteren der Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung von med. pract. C.____ vom 30. Januar 2020. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob die versicherungsinterne Beurteilung schlüssig, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei erscheint und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. E. 3.2 hiervor).

9.1 Die Beurteilung von med. pract. C.____ sieht vor, dass die unfallbedingten Kontusionsfolgen innerhalb von zehn bis zwölf Wochen abgeheilt und die aktuellen Beschwerden einem degenerativen, vorbestehenden Prozess zuzuordnen seien. Wie nachfolgend dargelegt, ergibt diese Beurteilung des Kreisarztes zusammen mit den Untersuchungsergebnissen der

Radiologen und Orthopäden des I.____ sowie den eingeholten Berichten von Prof. Dr. med. F.____ und Prof. Dr. med. E.____ eine überzeugende Beweisgrundlage in Bezug auf die Unfallkausalität. Die infolge des Unfalls vom 7. März 2018 durchgeführten medizinischen Abklärungen haben ergeben, dass der rechte Fuss des Versicherten verschiedene Gesundheitsschäden aufweist, namentlich am unteren Sprunggelenk, am oberen Sprunggelenk und an der Peroneus brevis Sehne. In Bezug auf das untere Sprunggelenk wird in sämtlichen medizinischen Berichten gestützt auf die MRI-Untersuchungen vom 25. Juni 2018 und 6. September 2019 festgestellt, dass vorbestehende degenerative Veränderungen vorlägen. Damit erweist sich die Beeinträchtigung am unteren Sprunggelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallfremd. Bezüglich des oberen Sprunggelenks stellen die behandelnden Orthopäden des I.____ sowie auch der Kreisarzt und der beigezogene orthopädische Chirurg Prof. Dr. med. F.____ basierend auf den MRI-Bildern vom 25. Juni 2018 und vom 6. September 2019 eine alte abgeheilte Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius (alter ossärer Ausriss) bzw. eine vorbestehende osteochondrale Läsion am Talus fest. Gemäss Bericht des I.____ vom 7. Juni 2018 habe auch das Röntgen keinen Anhalt für eine frische ossäre Läsion ergeben. Die wiederholt und durch verschiedene Fachärzte vorgenommene Beurteilung, es liege eine alte, abgeheilte bzw. vorbestehende Läsion vor, weist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls auf einen nicht unfallbedingten Gesundheitsschaden am oberen Sprunggelenk hin. Daran vermag die Einschätzung von Prof. Dr. med. E.____, welcher einen Zusammenhang zwischen der osteochondralen Läsion und dem Trauma für nicht vollständig ausgeschlossen erachtet, nichts zu ändern. Seine Einschätzung, wonach ein Kausalzusammenhang «nicht vollständig ausgeschlossen» sei, lässt bereits aufgrund der zurückhaltenden Formulierung auf erhebliche Zweifel schliessen und genügt dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keineswegs. Kommt hinzu, dass der Annahme eines Kausalzusammenhangs fünf klare Gegenmeinungen gegenüberstehen, welche einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Läsion am oberen Sprunggelenk eindeutig verneinen. Vor diesem Hintergrund sind die Beeinträchtigungen am oberen Sprunggelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls als unfallfremd zu qualifizieren. Zu prüfen ist schliesslich noch die umstrittene Unfallkausalität hinsichtlich der Partialruptur bzw. Längsspaltung der Peroneus brevis Sehne. In der kreisärztlichen Beurteilung vom 30. Januar 2020 legt med. pract. C.____ diesbezüglich plausibel dar, dass die Peronealsehnenläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf degenerative Veränderungen zurückzuführen und daher unfallfremd sei. Der Umstand, dass der Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 4. Dezember 2018 noch davon ausging, die Partialruptur an der Peroneus brevis Sehne sei durch den Unfall verursacht worden, vermag seine abschliessende Einschätzung vom 30. Januar 2020 nicht in Zweifel zu ziehen. Seine ursprüngliche Meinung stützte med. pract. C.____ auf den ersten MRI-Bericht vom 25. Juni 2018, gemäss welchem eine subtotale Ruptur der Peroneus brevis Sehne mit einem Split vorliege, und den Bericht des I.____ vom 6. September 2018, in welchem eine Partialruptur der Peroneus brevis Sehne sowie degenerative Veränderungen posteriore Gelenkfacetten subtalar Fuss rechts bei (-) Status nach Direktkontusion (Gabelstapler) Fuss rechts lateral 02/2018 diagnostiziert wurden. Basierend darauf gelangte der Kreisarzt mit Einschätzung vom 4. Dezember 2018 zum Schluss, dass die Partialruptur an der Peroneus brevis Sehne rechts durch den Unfall verursacht worden sei. Am 21. Oktober 2019 erklärte der Kreisarzt sodann, die Sehne sei wahrscheinlich abgeheilt. Nachdem der auf Fuss- und Sprunggelenk spezialisierte orthopädische Chirurg Prof. Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 6.

September 2019 sodann festgehalten hatte, dass die Peronealsehnenverletzung nicht unfallkausal sei, veranlasste der Kreisarzt zur Klärung der Sachlage eine weitere radiologische Einschätzung bei Prof. Dr. med. E.____. Nachdem dann auch der Radiologe zum Ergebnis gelangt war, die Sehnenläsion stehe eher nicht im Zusammenhang mit dem Trauma, befand med. pract. C.____, seine ursprüngliche Einschätzung sei falsch gewesen. Es bestehe kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis, vielmehr liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vorbestehende, degenerative Läsion der Peroneus brevis Sehne rechts vor. Diese Abkehr von der ursprünglichen kreisärztlichen Einschätzung erscheint mit Blick auf die Beurteilungen von Prof. Dr. med. F.____ und Prof. Dr. med. E.____ sowie den Radiologiebericht des I.____ nachvollziehbar. So stellte Prof. Dr. med. F.____ im Bericht vom 6. September 2019 fest, dass die Peronealsehnenläsion mit grösster Wahrscheinlichkeit vorbestehend sei resp. degenerativ bedingt. In einem ähnlichen Sinn führte auch Prof. Dr. med. E.____ in seiner Beurteilung vom 21. Januar 2020 aus, es handle sich bezüglich der interstitiellen Längsruptur der Peroneus brevis Sehne eher um eine nicht mit dem Trauma in Zusammenhang assoziierte Sehnenläsion. Diese Beurteilung werde mit der Tatsache begründet, dass der distale Anteil der Peroneus brevis Sehne diffus verdickt sei, was viel eher für eine Degeneration als eine traumatische interstitielle Ruptur spreche. Im Weiteren lässt sich auch dem Radiologiebericht des E.____ vom 7. Januar 2020 entnehmen, es bestehe eine alte Längsspaltung der Sehne des Musculus peroneus brevis mit ausgeprägter Tendinopathie – nicht entzündlich meist degenerative Sehnenerkrankung. Entsprechend ist es nachvollziehbar, wenn der Kreisarzt seine ursprüngliche Einschätzung revidierte und basierend auf den vorgenannten übereinstimmenden Beurteilungen der Radiologen des I.____ sowie der extern beigezogenen Fachärzte für orthopädische Chirurgie und Radiologie davon ausging, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung bezüglich der Peronealsehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal sei. Wie die vorstehenden Ausführungen zeigen, gehen die vorliegenden medizinischen Einschätzungen einhellig davon aus, dass die festgestellten Veränderungen am unteren und oberen Sprunggelenk sowie die Peronealsehnenläsion vorbestehend und degenerativ sind. Widersprüche in den ärztlichen Beurteilungen bezüglich der Unfallkausalität sind – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht ersichtlich. Grund für die seitens des Beschwerdeführers dennoch beklagten Beschwerden sind gemäss Beurteilung von Prof. Dr. med. F.____ neuropathische Schmerzen, ein mechanisches Korrelat, dessen Elimination auch die Beschwerden verbessern würde, gebe es nicht. Demnach basiert die kreisärztliche Beurteilung auf einer allseitigen Untersuchung sowie in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Die Einschätzungen erscheinen insgesamt als schlüssig und nachvollziehbar begründet.

9.2 Entgegen den Einwänden des Beschwerdeführers bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilung von pract. med. C.____. Wie vorstehend dargelegt, stimmt seine kreisärztliche Beurteilung vom 30. Januar 2020 mit den übrigen fachärztlichen Einschätzungen überein. Der Umstand, dass der Kreisarzt seine Meinung im Verlauf revidiert hat, schmälert den Beweiswert seiner Beurteilung nicht. Med. pract. C.____ legt seine Beweggründe für die Abkehr von der ursprünglichen Einschätzung offen und begründet seine revidierte Meinung anhand der übrigen medizinischen Aktenlage nachvollziehbar. Dadurch wird der Widerspruch zwischen der ursprünglichen und der aktuellen Beurteilung aufgelöst, womit sich seine Beurteilung als widerspruchsfrei erweist. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liegt somit keine widersprüchliche medizinische Aktenlage vor. Nicht gefolgt werden kann ferner dem Einwand, wonach die Beurteilungen von Prof. Dr. med. F.____ und Prof. Dr.

med. E.____ inhaltlich den beweisrechtlichen Anforderungen nicht genügen. Selbst wenn der Beurteilung von Prof. Dr. med. F.____ eine Erläuterung für die Annahme der vorbestehenden Peronealsehnenläsion und osteochondralen Läsion am Talus fehlt, sind an seiner Schlussfolgerung aufgrund der Übereinstimmungen in den übrigen Beurteilungen keine Zweifel auszumachen. Zudem ist nicht ersichtlich, inwiefern die Tatsache, dass Prof. Dr. med. G.____ einen Erguss im USG gesehen habe (vgl. E. II.6.16 hiervor), den Beweiswert des Berichts von Prof. Dr. med. F.____ in Frage stellen könnte. Dies umso mehr, als Prof. Dr. med. F.____ und Prof. Dr. med. E.____ beide keinen Erguss im unteren Sprunggelenk beschrieben haben. Im Weiteren erscheint die Schlussfolgerung von Prof. Dr. med. E.____, wonach die diffuse Verdickung der Peroneus brevis Sehne viel eher für eine Degeneration als eine traumatische interstitielle Ruptur spreche, nicht undifferenziert und widersprüchlich im Vergleich zu den übrigen Arztberichten. Aus dem Gesagten folgt, dass die mittels MRI-Untersuchungen festgestellten Veränderungen am unteren und oberen Sprunggelenk sowie die Peronealsehnenläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis vom 7. März 2018 zurückzuführen sind. Daher überzeugt die kreisärztliche Schlussfolgerung von med. pract. C.____, wonach anhand aller fachärztlichen Befunde sowie aufgrund der bildgebenden Diagnostik strukturelle, objektivierbare Unfallfolgen bezüglich des rechten Fusses und des rechten Sprunggelenkes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen und die Kontusionsfolgen innerhalb von zehn bis zwölf Wochen vollständig abgeheilt seien. 9.3 Aus all diesen Gründen kommt das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss, dass die kreisärztliche Beurteilung von med. pract. C.____ beweiskräftig und der rechtserhebliche Sachverhalt genügend erstellt ist. Die kreisärztliche Schlussfolgerung, wonach strukturelle, objektivierbare Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen und die Kontusionsfolgen innerhalb von zehn bis zwölf Wochen vollständig abgeheilt seien, überzeugt. Demnach konnte und kann im Rahmen des vorliegenden Rechtsmittelverfahrens auf die Einholung einer medizinischen Begutachtung verzichtet werden. Der Antrag auf die Abnahme weiterer Beweise, insbesondere eines externen Gutachtens in den Disziplinen Radiologie, Orthopädie und Psychiatrie, wird deshalb abgewiesen.

E. 10

10.1 Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor. Es bleibt daher zu prüfen, ob die im Rahmen der psychiatrischen Abklärungen verschiedentlich gestellten psychiatrischen Diagnosen einer depressiven Störung, einer Angststörung und einer Schmerzstörung in einem adäquatkausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. März 2018 stehen. Zu beurteilen sind die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen (vgl. Erwägung II. 2.3. hiervor).

10.2 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen. Das Unfallereignis ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 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 (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140).

10.3 Bezüglich der Schwere des Unfalls vom 1. September 2014 ist folgendes festzuhalten: Gemäss Schadenmeldung UVG seien dem Versicherten am 7. März 2018 die Rollen eines Wagens über den Fuss gefahren. Dabei sei es zu einer Quetschung an den rechten Zehen gekommen (Suva-Nr. 1). Der am Unfalltag konsultierte Hausarzt stellte zum Unfallhergang fest, dass ein Stapler in den rechten Fuss gefahren sei. Es bestehe eine Schwellung, Rötung am rechten Fuss und primär keine Hinweise auf ossäre Läsionen. Der Hausarzt diagnostizierte ein Distorsions-, Kontusionstrauma am rechten Fuss (Suva-Nr. 15). Der kreisärztlichen psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 4. September 2019 lässt sich zum Unfallgeschehen zudem entnehmen, dass beim Verladen von Material ein Elektro-Stapler (ohne Sitz) auf leicht abschüssigem Gelände vor dem Firmengebäude ins Rollen gekommen sei. Der Versicherte habe diesen nicht stoppen können, weshalb ihm dieser in den rechten Fuss gerollt sei, was zu einem Sturz geführt habe. Trotz recht starker Schmerzen habe der Versicherte noch eine Tour mit einem Lieferwagen durchgeführt. Danach habe ihn sein Vorgesetzter wegen der zunehmenden Schmerzen zum Arzt geschickt (Suva-Nr. 121).

10.4 Rechtsprechungsgemäss dürfen die beim Unfall erlittenen Verletzungen zwar nicht in die Beurteilung der Unfallschwere einbezogen werden, sie können jedoch Rückschlüsse auf die Kräfte, welche sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1). Misstritte bzw. Ausrutscher, welche weder eine ossäre Läsion noch einen operativen Eingriff zur Folge haben, sind als leichte Unfälle einzustufen (Urteil des Bundesgerichts 8C_330/2009 vom 19. August 2009). Einen leichten Unfall nahm das Bundesgericht ausserdem an, als ein Gerüstebauer von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_177/2009 vom 12. August 2009 E. 7.2). Ebenfalls als leicht qualifiziert wurde ein Ereignis, bei welchem der Versicherte von einem zirka 600 Kilogramm schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen wurde, danach aber gemäss seinen eigenen Angaben noch in der Lage war, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab (Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1 mit Verweis auf Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) U 5/01 vom 15. Oktober 2001 E. 5). Demgegenüber wurde ein mittelschweres Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen angenommen in einem Fall, in welchem dem Versicherten ein gebrochenes Lavabo auf den Fuss fiel und er dabei eine Schnittverletzung am Fussrücken mit Durchtrennung der extensor hallucis longus und der tibialis anterior Sehnen erlitt (Urteil des Bundesgerichts 8C_788/2015 vom 10. März 2016 E. 4). Ebenfalls als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Ereignissen stufte das Bundesgericht einen Unfall ein, bei welchem der Fuss der Versicherten unter der Karosserie eines langsam anfahrenden Autos verdreht wurde, wobei sich die Versicherte Mittelfussfrakturen II-IV und eineintraartikuläre Grundgliedfraktur Dig. I zuog (Urteil des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 7.2).

10.5 In Anbetracht der vorgenannten Rechtsprechung ist der Unfall des Versicherten vom 7. März 2018 aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelten Kräften als leicht einzustufen. Auch die erlittene Verletzung lässt darauf schliessen, dass deutlich weniger stark einwirkende Kräfte bestanden, als in den vorstehend

erwähnten Beispielen, welche den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten zugeordnet wurden. Der Versicherte zog sich eine Kontusion bzw. eine Verstauchung des Fusses zu, wogegen die Versicherten bei den vorerwähnten mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen Sehnendurchtrennungen oder Frakturen erlitten haben. Der vorliegend zu beurteilende Unfall ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs am ehesten mit jenem zu vergleichen, in welchem eine versicherte Person von einem sehr schweren Betonblock am Arm getroffen wurde, danach aber noch in der Lage war, selber mit dem Auto zu fahren, bevor sie sich in ärztliche Behandlung begab. In beiden Fällen wurde eine Extremität von einem sehr schweren Gegenstand getroffen, wobei die anfänglichen Schmerzen noch eine Auto- bzw. Lieferwagenfahrt zugelassen haben, bevor der Arzt aufgesucht wurde. In Anlehnung an die dortige Rechtsprechung sowie aufgrund der vorliegend dargelegten mässigen Eindrücklichkeit des Unfallgeschehens und der vermutungsweise eher geringen Krafteinwirkung ist von einem leichten Unfall auszugehen.

10.6 Aus dem Gesagten folgt, dass die verbliebene, organisch nicht objektivierbare, Schmerzsymptomatik und die psychischen Beeinträchtigungen nicht adäquatkausal auf das Unfallereignis zurückgeführt werden können. Der Vollständigkeit halber bleibt anzufügen, dass die Adäquanz auch zu verneinen wäre, wenn man von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten ausginge. Bei einer auf die unfallkausalen organisch nachweisbaren Aspekte beschränkten Betrachtung wären keine der Adäquanzkriterien als erfüllt anzusehen. Es kann diesbezüglich auf E. 4.4 des Einspracheentscheids vom 29. Juni 2020 verwiesen werden.

11. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht per 10. März 2020 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie jenen auf eine Integritätsentschädigung verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

12. Bei diesem Verfahrensausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

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