

SO_GERICHTE VSBES.2024.115 vom 12. April 2024

SO Obergericht, 2024-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.115

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.115 du 12 avril 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.115 del 12 aprile 2024

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung der Streitsache in zeitlicher Hinsicht massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 12. April 2024 verwirklicht hat (BGE 143 V 295 E. 4.1.2 S. 99 f.).

1.3 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Da im vorliegenden Beschwerdeverfahren die Folgen des Ereignisses vom 15. Februar 2023 zu beurteilen sind, ist das ab 1. Januar 2017 geltende Recht anwendbar.

E. 1.3

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Da im vorliegenden Beschwerdeverfahren die Folgen des Ereignisses vom 15. Februar 2023 zu beurteilen sind, ist das ab 1. Januar 2017 geltende Recht anwendbar.

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.2 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).

E. 2.2

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).

E. 3

3.1 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. 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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl. 2012, Art. 6 UVG, S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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 177 E. 3.2 S. 181).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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. 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 Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 4

4.1 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 Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht.

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 mit Hinweisen, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.).

5. Es ist zunächst auf die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten, erst nach dem hier massgebenden Einspracheentscheid vom 12. April 2024 verfassten, medizinischen Akten ■ konkret: die «ärztliche Bescheinigung» von Dr. med. C.____ vom 13. Mai 2024; die «Einladung zur [neurologischen] Sprechstunde» und das «Aufgebot zur ambulanten [orthopädischen] Sprechstunde», Spital F.____, vom 18. April 2024 und 1. Mai 2024; der «ambulante [neurologische] Bericht» von Prof. Dr. med. G.____, Chefarzt Neurologie, Spital F.____, vom 30. Mai 2024; und der ambulante [orthopädische] Bericht von Dr. med. H.____, leitende Ärztin Orthopädie, Spital F.____, vom 13. Juni 2024 (Beschwerdebeilage Nrn. 3 bis 7) ■ einzugehen. Wie bereits unter E. II. 1.2 hiervor ausgeführt, ist für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache der Zeitpunkt des Einsprache-entscheides (hier: 12. April 2024) massgebend. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die nach diesem Zeitpunkt verfassten medizinischen Akten für das vorliegende Verfahren per se unbeachtlich sind. Ein entsprechendes Vorgehen würde dem zu berücksichtigenden Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. II. 4.1 hiervor) zuwiderlaufen. Daher kann dem Antrag der Beschwerdegegnerin, wonach sämtliche im Laufe des Beschwerdeverfahrens noch eingereichten Berichte über Untersuchungen, die nach dem 12. April 2024 stattgefunden hätten, «aus dem Recht zu weisen» seien (vgl. E. I. 3 hiervor), nicht gefolgt werden. Sollten sich die erwähnten medizinischen Berichte jedoch auf einen anderen als den im vorliegenden Verfahren zu prüfenden Sachverhalt beziehen, sind diese bei der hier vorzunehmenden Beurteilung nicht zu berücksichtigen und im vorliegenden Verfahren nicht zum Beweis zuzulassen.

6. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 12. April 2024 (A.S. 1 ff.) die dem Beschwerdeführer ausgerichteten Leistungen zu Recht per 5. Juli 2023 eingestellt hat. Für diese Streitfrage

sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte von Belang:

6.1 Dr. med. I.____, Leitender Arzt Chirurgie, Spital F.____, wies im Sprechstundenbericht vom 3. März 2023 (Suva-Nr. 36 S. 2 f.) die Diagnose «intramuskuläres Hämatom Musculus gastrocnemius Caput mediale links» aus. Dieses messe circa 2 cm und werde sich im Verlauf selbstständig resorbieren. Der Beschwerdeführer berichte von einem Fehltritt auf einer Leiter Mitte Februar mit anschliessend Schmerzen im Bereich der Wadenmuskulatur links. Durch selbstständig angewandte Kompressionstherapie sei es in den letzten zwei Wochen zu einer Regredienz der Beschwerden gekommen. Nach wie vor verspüre der Beschwerdeführer jedoch ziehende Schmerzen beim Gehen. Es sei ihm angeraten worden, weiterhin eine leichte Kompressionstherapie durchzuführen. Eine chirurgische Intervention sei nicht nötig. Für berufliche Tätigkeit auf der Leiter sei er sicherlich für zwei weitere Wochen arbeitsunfähig. Es sei keine weitere Kontrolle geplant.

6.2 Anlässlich der Sprechstunde vom 28. April 2023 hielt Dr. med. I.____ im Bericht vom 5. Mai 2023 die Diagnose «unklare Schmerzen Unterschenkel links dorsal» fest (Suva-Nr. 37 S. 2 f.). Der Beschwerdeführer stelle sich bei persistierenden Schmerzen im Bereich der linken Wade erneut vor. Subjektiv bestehe eine leichte Regredienz der Schmerzen. Nach wie vor bestünden jedoch Beschwerden bei Kraftentwicklung. Die durchgeführte MRI-Untersuchung (vom 21. April 2023, vgl. Suva-Nr. 39) zeige keinen Hinweis für ein umschriebenes Hämatom im Muskel oder eine Verletzung von Sehnenstrukturen. Der Varixknoten sei nicht ursächlich für die Symptomatik. Eine Ursache für die Schmerzen des Beschwerdeführers finde sich daher nicht. Möglicherweise würden dem Beschwerdeführer physiotherapeutische Beübungen mit Massage der Wadenmuskulatur helfen. Weiter habe sich Dr. med. I.____ gefragt, ob der beschriebene ursächliche Sturz durch einen Kraftverlust im Sinne einer lumboradikulären Problematik verursacht sein könnte und die aktuellen Beschwerden noch in dem Zusammenhang zu suchen seien.

6.3 Im «Arztzeugnis UVG» vom 26. Mai 2023 (Suva-Nr. 34 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. C.____, Praktischer Arzt / Facharzt für Allgemeinmedizin (D), aufgrund der Erstuntersuchung des Beschwerdeführers vom 17. Februar 2023 einen «Verdacht auf Lumboischialgie (ICD-10 M54.5)». Nach Angabe des Beschwerdeführers habe er am 15. Februar 2023 einen Misstritt auf der Leiter mit Prellung des linken Schienbeines und initial V.a. Muskelfaserriss erlitten. Die beim Beschwerdeführer vorliegende Adipositas könnte den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen. Als objektive Befunde wurden Schmerzen in der Wade links und ein schmerzhaft beeinträchtigtes Gangbild festgehalten. Die erhobenen Befunde seien mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ereignis nicht vereinbar und erschienen nicht plausibel. Der Beschwerdeführer habe sich beim Chirurgen zweimalig vorgestellt, initial V.a. Muskelfaserverletzung, wobei anlässlich der durchgeführten MRI kein lokaler Schaden eruierbar gewesen sei. Es erfolgten nun eine MRI der LWS und eine neurologische Abklärung des akralen Schmerzes (Unterschenkel links). Von 15. Februar 2023 bis heute bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Behandlungsabschluss erfolge voraussichtlich in vier Wochen.

6.4 Die am 7. Juni 2023 im Spital F.____ durchgeführte MRI LWS nativ (Suva-Nr. 53 S. 5 f.) wurde wie folgt beurteilt: Kein klares Schmerzkorrelat für die Wadenschmerzen.

6.5 Im Rahmen der «Kurzbeurteilung» vom 28. Juni 2023 (Suva-Nr. 43) nahm Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

Versicherungsmedizin, zu den Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung. Er hielt fest, die Gesundheit des Beschwerdeführers sei bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. So hätten Venenknoten im Gastrocnemius und eine politealen Zyste bestanden. Der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien. Laut der Unfallmeldung sei es zu einer Distorsion des Sprunggelenkes, laut Arztzeugnis zu einer Prellung des Schienbeines gekommen. Bei beiden Verletzungen sei im natürlichen Verlauf erfahrungsgemäss der Vorzustand nach spätestens sechs bis acht Wochen wieder erreicht und Unfallfolgen spielten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr.

6.6 Im ambulanten Bericht vom 4. August 2023 (Suva-Nr. 61 S. 2 ff.), hielt Prof. Dr. med. G.____, Chefarzt Neurologie, Spital F.____, folgende Diagnosen fest:

Die ambulante Vorstellung erfolge wegen unklarem Wadenschmerz links bei Verdacht auf eine lumboischialgieforme Ursache. Im Februar 2023 habe sich ein Leitersturz ereignet. Dabei sei es zu einem Fehltritt mit dem linken Bein gekommen. Danach seien vorwiegend im Wadenbereich Schmerzen aufgetreten. Rückenschmerzen lägen unabhängig davon bereits seit über 20 Jahren infolge der Adipositas vor. Eine Schmerzausstrahlung vom Rücken ins linke Bein werde verneint. Als Beschwerde am linken Bein würden aktuell genannt: Subjektive Kraftminderung; erhaltenes Gefühl, aber Missempfindung für kalt / warm mit Schmerzprovokation und bewegungsabhängige Auslösung von Wadenschmerzen. Der Schmerz verhindere die berufliche Tätigkeit als Elektromeister, da der Beschwerdeführer für die Arbeit eine Leiter benötige. Die anamnestisch geklagten linksseitigen Wadenschmerzen seien posttraumatisch nach dem Leitersturz im Februar 2023 aufgetreten. Eine lumboradikuläre Reizsymptomatik finde sich klinisch, neurographisch und anamnestisch nicht. Inkomplette Ausfallerscheinungen seien auf den Nervus peroneus links zurückzuführen. Dies könne mutmasslich traumatisch bedingt sein. Unabhängig davon bestehe ein polyneuropathisches Syndrom. Die Wadenschmerzen seien in diesem Kontext (auch) neuropathisch zu werten. Dennoch sei die weitere Differentialdiagnose diesbezüglich offen. Die Physiotherapie sei fortzusetzen und die adjuvante Gabe neurotroper B-Vitamine (B1, B12, Folsäure) für drei Wochen / Quartal empfohlen.

6.7 Dr. med. C.____ hielt im Arztbrief vom 7. August 2023 (Suva-Nr. 62 S. 2) fest, laut dem neurologischen Befund seien die Schmerzsymptomatik und die Fussheberschwäche des Beschwerdeführers wohl auf eine unfallbedingte inkomplette Peroneusparese links zurückzuführen. Deshalb bestehe weiterhin ein unfallbedingter Behandlungsbedarf.

6.8 Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Versicherungsmedizin, nahm am 12. April 2024 eine «ärztliche Beurteilung» vor (IV-Nr. 81). Er hielt zusammenfassend und insbesondere unter Berücksichtigung der in der Echtzeitdokumentation fehlenden sensomotorischen Defizite zeitnah zum Unfall fest, die Beschwerden des Beschwerdeführers könnten aus versicherungsmedizinischer und neurologischer Perspektive nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 15. Februar 2023 zurückgeführt werden. Zum Vorzustand sei beim Beschwerdeführer eine systemische Erkrankung mit Diabetes mellitus Typ II und Adipositas per magna sowie in diesem Zusammenhang eine vorbestehende Polyneuropathie der Beine beidseits bekannt. Eine Gesundheitsbeeinträchtigung im linken Unterschenkel sei

auf neurologischem Fachgebiet darüber hinaus nicht bekannt. Auf neurologischem Fachgebiet sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 15. Februar 2023 kein Gesundheitsschaden verursacht worden (S. 5 f.).

6.9 Im «ambulanten Bericht» vom 12. April 2024 (Suva-Nr. 88) hielt Dr. med. J.____, Leitender Arzt Schmerzklinik, Spital F.____, folgende Hauptdiagnosen fest:

1. Punktförmiger Dauerschmerz Wade links an der lateralen Kante des medialen Anteils des Musculus gastrocnemius links, belastungsabhängig mit Claudicatio-Symptomatik nach dreihundert Metern Gehstrecke, DD im Rahmen Entrapment des Nervus tibialis, DD funktionelles Logensyndrom der oberflächlichen Beugerloge

■ derzeit keine Lumbalgien und keine Glutealgien

■ Anamnestisch seit Unfall von Februar 2023, mit Drehen auf Leiter mit aktenanamnestisch Zerrung der linken Wade

2. Weitere Diagnosen, möglicherweise unvollständig:

■ Aktenanamnestisch Diabetes mellitus Typ 2

■ Adipositas

Die betroffene Schmerzlokalisierung liege zwischen dem äusseren und dem medialen Anteil des Musculus gastrocnemius, wobei vor allem die laterale Kante des medialen Anteils vom Musculus gastrocnemius druckdolent sei. Charakteristisch sei ferner eine Claudicatio Symptomatik, die regelhaft nach etwa dreihundert Metern Gehstrecke auftrete. Ferner bestehe in der Untersuchung ein Dehnungsschmerz bei Dorsalextension des Fusses. Am ehesten handle es sich bei der betroffenen Struktur um einen Anteil des Nervus tibialis, der unterhalb der beschriebenen Schädigung an Höhe bzw. Schmerzlokalisierung in der Ultraschalluntersuchung aufgetrieben erscheine. An dieser Stelle sei im Bereich der Faszie auch etwas vermehrt Bindegewebe nachweisbar (DD Narbengewebe posttraumatisch?), somit sei ein Entrapment des Nervens denkbar. Die Gefässe, die sich im Ultraschall gut darstellen liessen, seien sowohl venös als auch arteriell offen. Ein Zusammenhang mit der bestehenden Varizenknötung werde nicht gesehen. Differenzialdiagnostisch komme ein funktionelles Kompartiment der oberflächlichen Flexorenloge infrage. Hinweise für eine lumbale oder gluteale Symptomatik gebe es aktuell nicht. Es werde um erneute Durchführung einer neurologischen Untersuchung gebeten. Hierbei sollten insbesondere der linke Nervus suralis und der linke Nervus tibialis (und allenfalls auch Nervus peroneus) untersucht werden (S. 3).

6.10 In der «ärztlichen Bescheinigung» vom 13. Mai 2024 hielt Dr. med. C.____ (Beschwerdebeilage Nr. 3) fest, der Beschwerdeführer beklage weiterhin Schmerzen im linken Bein, die unmittelbar unfallbedingt eingetreten seien und bis heute seine Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2023 bedingten. In der Ultraschalluntersuchung durch den Schmerztherapeuten habe sich ein Narbengewebe mit wohl Entrapment des Nervus tibialis ■ eine Nervenverletzung, die bislang noch nicht in Betracht gezogen worden sei, welche die Schmerzsymptomatik aber wohl erkläre ■ gefunden.

6.11 Im «ambulanten Bericht, vom 30. Mai 2024 (Beschwerdebeilage Nr. 6), hielt Prof. Dr. med. G.____ folgende Diagnosen fest:

Anamnestisch persistiere ein Wadenschmerz links mit Druckpunkt über dem Bauch des Musculus gastrocnemius. Dieser Schmerz führe belastungsabhängig (beim Laufen) zu einer

schmerzbedingten Mangelinnervation und Gangstörung. Die vorbestehende Peroneusparese habe sich klinisch und neurographisch zurückgebildet. Klinisch und neurographisch finde sich keine Läsion der motorischen Nerven am linken Bein. Das sensible Defizit sei mit einer diabetogenen Polyneuropathie vereinbar. Die palpable Schwellung im Bereich der Wade führe zu keiner sensomotorischen Ausfallsymptomatik, aber zu einem starken Lokalschmerz.

6.12 Im «ambulanten Bericht» vom 13. Juni 2024 hielt Dr. med. H.____, Leitende Ärztin, Orthopädie, Spital F.____ (Beschwerdebeilage Nr. 7) fest, der Beschwerdeführer stelle sich heute zur klinischen Kontrolle vor. Leider sei bei ihm der Verlauf stagniert. Es werde ihm die Aufnahme von Physiotherapie zur Analgesie, insbesondere Stosswellentherapie, empfohlen. Bezüglich der vom Beschwerdeführer beschriebenen Claudicatosymptomatik werde um die hausärztliche Evaluation einer angiologischen Bestandaufnahme gebeten.

7. Aktenkundig und unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 15. Februar 2023 im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Elektriker auf einer Leiter einen Fehltritt machte, abrutschte und anschliessend über Schmerzen in der linken Wade klagte.

8. Es stellt sich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 12. April 2024 (A.S. 6 f.) zu Recht auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dres. med. D.____ und E.____ vom 28. Juni 2023 und 12. April 2024 (Suva-Nrn. 43, 81) abgestellt hat.

8.1 Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 9C_557/2020 vom 22. April 2021 E. 3.3 mit Hinweis).

8.2 Die «Kurzbeurteilung» von Dr. med. D.____ vom 28. Juni 2023 sowie die «ärztliche Beurteilung» vom 12. April 2024 von Dr. med. E.____ werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II.

E. 4.2

f. hiervor) gerecht: So handelt es sich bei den versicherungsinternen Ärzten Dres. med. D.____ und E.____ um auf die medizinischen Fachgebiete der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie der Neurologie spezialisierte Fachärzte, die somit fachlich durchaus qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in Bezug auf seinen linken Unterschenkel zu beurteilen. Es ist im Weiteren davon auszugehen, dass den beiden Versicherungsmedizinern die zuvor verfassten medizinischen Berichte vorgelegen haben und sie somit Gelegenheit hatten, diese zur Kenntnis zu nehmen. So wurden die medizinischen Vorakten im Rahmen der ärztlichen Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 12. April 2024 unter dem Titel «relevanter Sachverhalt nach Aktenlage» mitsamt der vorliegenden Bilddokumentation aufgeführt (Suva-Nr. 81 S. 1 ff.). Diese sind ausserdem als vollständig zu bezeichnen und geben ein lückenloses Bild wieder, so dass Dr. med. E.____ in der Lage war, sich ein gesamthafes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu verschaffen. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die «Kurzbeurteilung» von Dr. med. D.____ vom 28. Juni 2023. Obschon die zeitlich zuvor erstatteten Arztberichte hier zwar nicht explizit

aufgeführt werden, ist aufgrund der Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. D.____ davon auszugehen, dass auch ihm die Vorakten vorgelegen haben müssen. Ferner leuchtet auch die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So hielt der Neurologe Dr. med. E.____ am 12. April 2024 in Bezug auf den Vorzustand fest, beim Beschwerdeführer seien eine systemische Erkrankung mit Diabetes mellitus Typ II und Adipositas per magna sowie eine in diesem Zusammenhang vorbestehende Polyneuropathie der Beine beidseits bekannt gewesen (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Auch Dr. med. D.____ wies bereits in seiner «Kurzbeurteilung» vom 28. Juni 2023 darauf hin, dass beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall vom 15. Februar 2023 gesundheitliche Einschränkungen in Form der Venenknoten im Gastrocnemius und einer popliteale Zyste vorgelegen hätten (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Diesen versicherungsmedizinischen Einschätzungen in Bezug auf vorbestehende gesundheitlich Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers kann unter Heranziehung der übrigen medizinischen Berichte gefolgt werden. So geht aus diesen hervor, dass beim Beschwerdeführer seit ungefähr 20 Jahren eine Adipositas besteht, ein Diabetes mellitus Typ II vorliegt (vgl. E. II. 6.3, 6.6 hiervor) und die Peroneusparese ebenfalls vorbestehend ist (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Zudem wurden bei der am 21. April 2023 durchgeführten MRI-Untersuchung des linken Unterschenkels (vgl. E. II. 6.2 hiervor) reichlich erweiterte Venen subkutan mit Varixknoten und eine popliteale Zyste objektiviert (vgl. E. II. 6.2 hiervor, Suva-Nr. 39). Aufgrund dieser somatischen Vorbefunde überzeugt sodann die Einschätzung von Dr. med. D.____, wonach die Gesundheit des Beschwerdeführers in der vom Ereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei (vgl. E. II. 6.5 hiervor).

8.2.1 Eingehend auf die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 28. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) ergibt sich Folgendes: Dr. med. D.____ hielt fest, der Unfall vom 15. Februar 2023 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu objektivierbaren, zusätzlichen strukturellen Läsionen, geführt (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Dieser Einschätzung kann gestützt auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte gefolgt werden: So wird im «Arztzeugnis UVG» des Hausarztes Dr. med. C.____ vom 26. Mai 2023 betreffend die Erstuntersuchung des Beschwerdeführers vom 17. Februar 2023 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) ein «initialer Verdacht auf einen Muskelfaserriss» erwähnt und dem Sprechstundenbericht von Dr. med. I.____ vom 3. März 2023 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) ist die Diagnose eines «intramuskulären Hämatoms» zu entnehmen. Diese Diagnosestellungen konnten jedoch durch die am 21. April 2023 durchgeführte MRI-Untersuchung (vgl. Suva-Nr. 39) nicht bestätigt werden. So führte Dr. med. I.____ im Bericht vom 28. April 2023 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) aus, die MRI-Untersuchung zeige keinen Hinweis für ein umschriebenes Hämatom im Muskel oder eine Verletzung der Sehnenstruktur. In diesem Sinn hielt auch der Hausarzt Dr. med. C.____ in seinem «Arztzeugnis UVG» vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) fest, es sei anlässlich der durchgeführten MRI kein lokaler Schaden eruierbar gewesen. Die durch ihn ausgewiesene Verdachtsdiagnose einer Lumboischialgie liess sich in der Folge aufgrund der am 7. Juni 2023 durchgeführten MRI der LWS (vgl. E. II. 6.4 hiervor) ebenfalls nicht bestätigen. So wurde festgehalten, es bestehe kein klares Schmerzkorrelat für die Wadenschmerzen.

Vor diesem Hintergrund überzeugt die weitere Beurteilung von Dr. med. D.____ (vgl. E. II. 6.5 hiervor), wonach sowohl in Bezug auf die bei der Unfallmeldung beschriebene Distorsion

des Sprunggelenkes als auch die gemäss dem Arztzeugnis angegebene Prellung des Schienbeins erfahrungsgemäss davon auszugehen sei, dass im natürlichen Verlauf der Vorzustand nach spätestens sechs bis acht Wochen wieder erreicht sei und die Unfallfolgen sodann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten. Diese Einschätzung erscheint insbesondere auch deshalb plausibel, weil anlässlich der Erstuntersuchung des Beschwerdeführers vom 17. Februar 2023 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) eine «Prellung» des linken Schienbeines und im Rahmen der «Schadenmeldung UVG» vom 3. März 2023 (Suva-Nr. 1) eine «Verdrehung / Verstauchung» des linken Unterschenkels beschrieben worden sind. Zudem führte der den Beschwerdeführer behandelnde Dr. med. C.____ bereits in seinem Arztzeugnis vom 26. Mai 2023 aus (vgl. E. II. 6.3 hiervor), die erhobenen Befunde seien mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ereignis (Misstritt auf Leiter) nicht vereinbar und erschienen nicht plausibel. Folglich wird die Einschätzung von Dr. med. D.____ durch die Beurteilung von Dr. med. C.____ gestützt. In den vorliegenden Akten finden sich zudem keine, der Beurteilung von Dr. med. D.____ widersprechenden Einschätzungen.

8.2.2 In Bezug auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 12. April 2023 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) ergibt sich Folgendes: Der Neurologe Prof. Dr. med. G.____ wies aufgrund seiner neurologischen Untersuchung des Beschwerdeführers im «ambulanten Bericht» vom 4. August 2023 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) zum einen «Verdacht auf eine inkomplette sensomotorische Peroneusparese links» aus und schätzte diese als «mutmasslich traumatisch» bedingt ein. Gestützt auf die gewählten Formulierungen ist davon auszugehen, dass diese Diagnosestellung nicht auf gesicherten Befunden beruht und die Einschätzung von Prof. Dr. med. G.____ betreffend den Kausalzusammenhang zum Unfall auch nicht dem im vorliegenden Verfahren erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entspricht (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Die von Prof. Dr. med. G.____ weiter gestellte Diagnose eines «sensiblen polyneuropathischen Syndroms» bei Diabetes mellitus Typ 2 steht in Zusammenhang mit der beim Beschwerdeführer bereits vorbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung im Rahmen einer Diabeteserkrankung (vgl. E. II. 8.1 hiervor). In diesem Zusammenhang kann auch darauf hingewiesen werden, dass gemäss Prof. Dr. med. G.____ keine lumboradikuläre Reizsymptomatik bestehe. Es ist somit insgesamt davon auszugehen, dass das polyneuropathische Syndrom bereits vor dem Ereignis vom 15. Februar 2023 bestanden hat. Die weitere Einschätzung von Prof. Dr. med. G.____, wonach die anamnestisch geklagten linksseitigen Wadenschmerzen posttraumatisch nach dem Leitersturz im Februar 2023 aufgetreten seien, entspricht der im vorliegenden Verfahren unzulässigen Beweismaxime «post hoc ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung beweisrechtlich praxisgemäss nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb E. 341 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_772/2019 E. 4.2.2 vom 4. August 2020). Die kurz gehaltene Einschätzung des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. C.____, im Arztbrief vom 7. August 2023 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. So hielt der auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierte Dr. med. C.____ fest, die Fussheberschwäche sei «wohl» auf eine unfallbedingte inkomplette Peroneusparese links zurückzuführen und es bestehe daher «weiterhin ein unfallbedingter Behandlungsbedarf». Da es sich bei Dr. med. C.____ um einen auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Facharzt handelt, kommt seiner auf das neurologische Fachgebiet bezogenen Einschätzung ohnehin kaum Beweiswert zu. Da Dr. med. C.____ seine Beurteilung auch nicht begründet, kann

diese nicht nachvollzogen werden.

Gestützt auf diese Ausführungen überzeugt die Einschätzung des Neurologen Dr. med. E.____ vom 12. April 2024 (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Die Beschwerden des Beschwerdeführers können aus versicherungsmedizinischer und neurologischer Sicht somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 15. Februar 2023 zurückgeführt werden. Diese Beurteilung präziserte Dr. med. E.____ sodann dahingehend, als auf neurologischem Fachgebiet mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 15. Februar 2023 kein Gesundheitsschaden verursacht worden sei. Diese Einschätzung überzeugt unter Heranziehung der medizinischen Vorakten. Es ist darauf abzustellen.

8.2.3 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der vorbestehenden Diabetes mellitus und der Adipositas sowie der mit diesen in Zusammenhang stehenden Peroneusparese gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Es ist jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass durch das Ereignis vom 15. Februar 2023 eine weitere gesundheitlichen Einschränkung verursacht worden ist, welche sich länger als die von Dr. med. D.____ genannten 8 Wochen ausgewirkt hätte. Die Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 12. April 2024 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) überzeugt, wonach die Beschwerden des Beschwerdeführers aus versicherungsmedizinischer und neurologischer Perspektive nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 15. Februar 2023 zurückgeführt werden können. In diesem Sinn hielt auch bereits der orthopädische Chirurg Dr. med. D.____ am 28. Juni 2023 fest (vgl. E. II. 6.5 hiervor), die Gesundheit des Beschwerdeführers sei in der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen, objektivierbaren, strukturellen Läsionen geführt.

8.3 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen die zeitlich nach den Beurteilungen von Dres. med. D.____ und E.____ vom 28. Juni 2023 und 12. April 2024 verfassten medizinischen Akten an deren Einschätzungen keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen:

Im «ambulanten Bericht» der Schmerzlinik des Spitals F.____ vom 12. April 2024 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) wurde insbesondere auf die genaue Lokalisation des Schmerzes in der linken Wade des Beschwerdeführers eingegangen. Es wurde zudem festgehalten, dass ein Entrapment des Nerves «denkbar» sei. Die in diesem Zusammenhang empfohlene neurologische Untersuchung wurde am 30. Mai 2024 durchgeführt. Dr. med. G.____ hielt im entsprechenden Bericht fest (vgl. E. II. 6.11 hiervor), es finde sich weder klinisch noch neurologisch eine Läsion der motorischen Nerven am linken Bein. Ausserdem sei das sensible Defizit mit einer diabetogenen Polyneuropathie vereinbar. Folglich konnte das zuvor vermutete Entrapment des Nervens nicht bestätigt werden. Die Einschätzungen von Dr. med. G.____ decken sich weitestgehend mit denjenigen im Bericht vom 4. August 2023 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) und stehen somit der nachvollziehbaren und schlüssigen versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht entgegen (vgl. oben). In Bezug auf die neu ausgewiesene Diagnose eines «Tumors im Bereich der linken Wade (M. gastrocnemius)» hielt Dr. med. G.____ einzig fest, diese sei «posttraumatischer Genese» und «mit neuropathischem Schmerz» verbunden. Er ging jedoch nicht weiter auf diese Diagnose ein. Somit ergeben sich aus diesem Bericht keine Anhaltspunkte dafür, dass von den bisherigen

ärztlichen Einschätzungen von Dres. med. D.____ und E.____ abzuweichen wäre. Daran vermag auch der «ambulante Bericht vom 13. Juni 2024 nichts zu ändern (vgl. E. II. 6.12 hiervor). So wurde darin einzig festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer zur klinischen Kontrolle bei stagnierendem Verlauf vorgestellt habe und betreffend die von ihm beschriebenen Claudicatio-symptomatik eine hausärztliche Evaluation der angiologischen Bestandesaufnahme empfohlen werde. Folglich sind auch diesem Bericht keine den Einschätzungen der Versicherungsmediziner entgegenstehenden Beurteilungen zu entnehmen.

In Bezug auf die ärztliche Bescheinigung von Dr. med. C.____ vom 13. Mai 2024 lässt sich zudem festhalten, dass seine Einschätzung, wonach die weiterhin beklagten Schmerzen am linken Bein unmittelbar unfallbedingt eingetreten seien, der ■ wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 8.2.2 hiervor) ■ unzulässigen Beweismaxime «post hoc ergo propter hoc» entspricht. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

8.4 Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 12. April 2024 auf die Einschätzungen von Dres. med. D.____ und E.____ 28. Juni 2023 und 12. April 2024 abgestellt hat (A.S. 6 f.). Demzufolge haben spätestens acht Wochen nach dem Unfallereignis vom 15. Februar 2023 ■ ab 15. April 2023 ■ keine Unfallfolgen mehr vorgelegen. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen mit Einspracheentscheid vom 12. April 2024 (A.S. 1 ff.) per 5. Juli 2023 eingestellt hat.

9. Damit ist der Einspracheentscheid vom 12. April 2024 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

10.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach widerkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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 Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_41/2025 vom 30. Januar 2025 nicht ein.

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