

ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2022 153 vom 16. September 2024

ZG Verwaltungsgericht, 2024-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2022_153

FR: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2022 153 du 16 septembre 2024

IT: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2022 153 del 16 settembre 2024

Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Unfallversicherung (Leistungen) — Beschwerde

Erwägungen

E. 2

Urteil S 2022 153 A. Der 1970 geborene A._____, wohnhaft in M._____, war bei der B._____, AG, C._____, als Verkaufsleiter angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er in D._____ (D) – nahe Hamburg – weilte und sich in der Silvesternacht am 31. Dezember 2021 (oder 1. Januar 2022) bei einem Sturz einen Bruch am rechten Mittelfuss zuzog (Unfall Nr. 23.11608.22.6 [UV-act. I], UV-act. I/1). Die Erstversorgung erfolgte im Krankenhaus E._____, F._____ (D), mit einer Gipsschiene. Bei der Verlaufskontrolle vom 7. Januar 2022 im Spital G._____ wurde die Verletzung neu mittels Vacoped versorgt (UV-act. I/44). Bei einem weiteren Unfallereignis am 10. Januar 2022 fiel der Versicherte – wiederum in D._____ (D) – von einer Treppe, weil er "wegen eines Gipses am rechten Fuss" das Gleichgewicht nicht halten konnte. Dabei stiess er den linken Unterschenkel gegen eine Stufe und zog sich eine prätibiale Schürfwunde zu (Unfall Nr. 23.44531.22.9 [UV-act. II], UV-act. II/1 f.). Die Wunde musste später am 16. Januar 2022 notfallmässig versorgt werden (UV-act. II/1). Aufgrund von anhaltend schlechter Heilung waren in der Folge mehrere operative Wundrevisionen notwendig. Zur Nachkontrolle meldete sich der Versicherte am

E. 2.1

Erste Voraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist das Vorliegen eines Unfalls resp. einer unfallähnlichen Körperschädigung. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

E. 2.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die natürliche Kausalität ist zu bejahen, wenn ohne den Unfall der Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann, auch wenn der Unfall nicht die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht

werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht (etwa: BGE 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen).

E. 2.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung kommt auch den (Akten-)Beurteilungen der beratenden Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Praxisgemäss kommt ihnen aber nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im

E. 4

Urteil S 2022 153 2. Der vorliegende Rechtsstreit dreht sich um die Frage, ob die vom Beschwerdeführer erlittene Lungenembolie in einem kausalen Zusammenhang zu den Unfällen vom 31. Dezember 2021 und 10. Januar 2022 steht und die Suva daher leistungspflichtig ist.

E. 4.1

Aus dem Bericht von Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Nachkontrolle vom 7. Januar 2022 im Spital G. _____ geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer bei seinem Sturz vom 31. Dezember 2021 (bzw. 1. Januar 2022) eine Avulsionsfraktur Basis Metatarsale V Fuss rechts zugezogen hatte, welche im Rahmen der Erstversorgung am Unfallort in Deutschland mit einer Gippschiene ruhiggestellt worden war (UV-act. II/39). Der rechte Fuss wurde anlässlich der Nachkontrolle geröntgt. Bei nur geringer Frakturdislokation ordnete Dr. K. _____ zur weiteren konservativen Therapie einen Vacoped mit beschwerdeabhängiger Teil- bzw. Vollbelastung für insgesamt sechs Wochen nach dem Unfallereignis an sowie Antikoagulation für die Zeit der Ruhigstellung (UV-act. II/39). Mit ärztlichem Zeugnis vom 7. Januar 2022 attestierte Dr. K. _____ dem Beschwerdeführer vom 1. Januar bis 15. Februar 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % mit der Bemerkung "Nur Home-Office. Patient nicht mobil. Benötigt Hilfe bei Alltagsverrichtungen (Einkaufen, Putzen etc.)" (UV-act. II/11).

E. 4.2

Die beim Unfall vom 10. Januar 2022 erlittene Schürfwunde am linken Unterschenkel musste am 16. Januar 2022 in der Notfallpraxis E. _____ ärztlich versorgt werden (Auszug Krankenakte Notfallpraxis E. _____ vom 16. Januar 2022 [UV-act. II/1]). In der Folge wurde der Beschwerdeführer wegen der Unterschenkelverletzung erneut vorstellig in der Notaufnahme und im Krankenhaus E. _____ vom 25. Januar bis 9. Februar 2022 stationär behandelt. Im vorläufigen Entlassungsbrief vom 8. Februar 2022

diagnostizierten die Ärzte einen elliptoiden prätibialen Hautdefekt links ca. 4 x 1,5 cm nach vollschichtiger Hautnekrose infolge Anpralltraumas unter oraler Antikoagulation bei Thromboseprophylaxe bei konservativer Therapie einer gering dislozierten, mehrfragmentären intraartikulären MFK-V Basisfraktur rechts vom 1. Januar 2022 (UV-act. II/8 S. 1). Gemäss Entlassungsbrief fanden während des Aufenthalts drei Operationen statt. Am 26. Januar 2022 erfolgte die Primäroperation

E. 4.3

Wie dem Bericht der medizinischen Klinik des Krankenhauses E._____ vom 28. März 2022 zu entnehmen ist, hatte sich der Beschwerdeführer am 6. März 2022 wiederum in die Notaufnahme des Krankenhauses begeben und dort über eine seit Freitag (4. März 2022) bestehende Luftnot bei Belastung mit plötzlich einsetzendem Beginn berichtet. Da die Beschwerden nicht rückläufig waren, sei eine Vorstellung im Krankenhaus erfolgt. Es hätten keine thorakalen Schmerzen, keine Hämoptysen, keine Schwellungen oder Schmerzen der unteren Extremitäten bestanden (UV-act. II/116 S.1). Es wurden verschiedene Untersuchungen vorgenommen. Aufgrund von Anamnese und erhobenen Befunden erfolgte eine stationäre Aufnahme bei einer diagnostizierten beidseitigen zentralen und peripheren Lungenembolie mit ausgeprägten Rechtsherzbelastungszeichen ED arterielle Hypertonie. In einer Zusammenfassung hielten die Ärzte sodann unter anderem fest, klinisch habe eindeutig plötzliche Luftnot bei Z.n. Immobilisation sowie laborchemisch deutlich erhöhte D-Dimere bestanden (UV-act. II/116 S. 3), weiter habe eine Sonographie der Beine venös, beidseits, vom 7. März 2022 keinen Anhalt für eine tiefe Beinvenenthrombose beidseits gezeigt (UV-act. II/116 S. 2 f.).

E. 4.4

In der ärztlichen Beurteilung vom 16. Juni 2022 äusserte sich Suva-Arzt Dr. I._____ in Kenntnis der Akten ausführlich zur Kausalität und kam zum Schluss, dass es sich bei der am 6. März 2022 diagnostizierten Lungenembolie beidseits nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen oder Teilfolgen der erlittenen Unfälle handle (UV-act. II/139). Er begründete dies im Wesentlichen damit, dass sich in der gesamten Dokumentation weder anamnestisch noch klinisch Hinweise auf eine mögliche Beinvenenthrombose als Ursache der Lungenembolie fänden. Eine unfallbedingte Thrombose infolge Ruhigstellung sei aufgrund der ihm vorliegenden Dokumentation auch insofern nicht anzunehmen, als keine längerfristige Ruhigstellung erfolgt sei, weder des linken noch des rechten Unterschenkels. Bezüglich der Metatarsale V-Fraktur sei initial ein Vacoped verordnet worden, wobei der Versicherte bereits zur Kontrolle ins Spital G._____ nur mit angelegten Verbandsschuh gekommen sei. Für die Zeitdauer des Vacoped sei zudem eine entsprechende Thromboseprophylaxe erfolgt. Eine Vollbelastung sei bezüglich der Fraktur ab Erstkonsultation im Spital G._____ erlaubt gewesen. Auch bezüglich der Versorgung der Wunde prätibial links sei keine längerfristige Ruhigstellung, insbesondere mittels Unterschenkelgips, erfolgt. Dies belege auch die Wunddehiszenz nach Wundversorgung. Doktor I._____ wies darauf hin, dass zudem auch hier nach den Operationen eine entsprechende Thromboseprophylaxe stattgefunden habe, wobei diese gemäss Austrittsbericht (vgl. UV-act. II/116 S.1) nicht konsequent fortgeführt worden sei. Allerdings fänden sich – wie bereits festgehalten – keinerlei Hinweise auf eine erlittene Thrombose der Beine als möglich Ursache für die Lungenembolie. Eine Beinvenenthrombose als Ursache könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Aufgrund der ausgeprägten Lungenembolie beidseits müsse es sich

um einen grossen Thrombus/Embolus gehandelt haben, welcher sicherlich eine entsprechende Klinik verursacht hätte, wenn er sich im Bereich der Beinvenen gebildet hätte. In seiner Zusammenfassung wies Dr. I. _____ zudem darauf hin, dass sich Beinvenenthrombosen infolge Ruhigstellung mit entsprechender Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Überwärmung bemerkbar machen würden (UV-act. II/139 S. 3). Als mögliche (ebenfalls häufige) Ursache der Lungenembolie führte Dr. I. _____ sodann eine Thrombose/Thrombenbildung im Bereich der Beckenvene an. Aufgrund des grossvolumigen Gefässes könnten dort auch grössere Thromben unbemerkt bleiben. Weiter wies er auf die regelmässigen, langen Autofahrten von M. _____ nach Hamburg mit einer Sitzdauer von acht bis zehn Stunden hin. Derart langes monotones Sitzen sei häufig Ursache für Thrombusbildungen (UV-act. II/139 S. 3 f.).

E. 4.5

Andere Schlüsse zog die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. J. _____. Im Arztbericht vom 14. Juni 2022 schloss sie aufgrund der Krankengeschichte des Beschwerdeführers seit dem Unfall vom 31. Dezember 2021 und der bekannten Diagnosen, der Verlauf des Patienten mit initialem Unfall am 31. Dezember 2021 mit Fraktur des Fusses und tiefer Wunde am linken Unterschenkel hätte schlussendlich zu den beidseitigen Embolien geführt (UV-act. II/127). Mit Bericht vom 18. Juli 2022 äusserte sie sich erneut und hielt im Wesentlichen fest: Auch wenn im Spital E. _____ am 7. März 2022 sonographisch keine tiefen Beinvenenthrombosen beidseits hätten nachgewiesen werden können, müsse schlussendlich jedoch bei einer Lungenembolie dennoch immer auch von einer vorher bestehenden, tiefen Beinvenenthrombose ausgegangen werden. Aufgrund der Wundheilungsstörung mit darauffolgenden, unzähligen Eingriffen sei der Kausalzusammenhang mit der darauffolgenden Lungenembolie sehr wahrscheinlich. Beim Beschwerdeführer sei es in der Vergangenheit zu keinen Thrombosen oder Lungenembolien gekommen. Ausserdem sei er seit 2013 fast wöchentlich zwischen Hamburg und der Schweiz gependelt und es sei bisher zu keiner Thrombose oder Lungenembolie gekommen. Aus diesem Grund sehe sie den Kausalzusammenhang zwischen den diversen Operationen am linken Unterschenkel nach Erleiden eines prätibialen Hämatoms und Wundheilungsstörungen und der darauffolgenden Lungenembolie als sehr wahrscheinlich (UV-act. II/168).

E. 4.6

In der ärztlichen Beurteilung vom 26. Oktober 2022 befasste sich Dr. I. _____ mit der Einschätzung von Dr. J. _____ und kritisierte im Wesentlichen, sie habe sich nicht mit dem konkreten medizinischen Sachverhalt auseinandergesetzt (UV-act. II/198 S. 32 f.). Sie ziehe zudem unzulässige post hoc ergo propter hoc-Schlüsse ohne nachvollziehbare medizinische Grundlage, wenn sie daraus, dass der Beschwerdeführer bisher trotz regelmässiger langer Fahrten nach Hamburg keine Thrombosen erlitten habe, schliesse, eine Auslösung der Thrombose durch die lange Fahrt sei unwahrscheinlich (UV-act. II/198 S. 35). Bezüglich seiner eigenen Beurteilung der Kausalität wies Dr. I. _____ nochmals ausführlich auf den Behandlungsverlauf mit Vacoped, Wundbehandlung und verordneter Thromboseprophylaxe hin sowie darauf, dass in sämtlichen Konsultationen sowohl im Spital G. _____ als auch im Spital E. _____ bezüglich der Wundbehandlung zu keinem Zeitpunkt Hinweise auf eine mögliche Thrombose – weder des rechten noch des linken Unterschenkels/Beins – erhoben worden waren. Insbesondere aus dem Bericht zur

E. 5

Urteil S 2022 153 Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigkeit strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von beratenden Ärzten oder Ärztinnen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4). 3. Vorliegend ist grundsätzlich unbestritten, dass der Versicherte mit den Stürzen vom 31. Dezember 2021 und 10. Januar 2022 zwei Unfälle im Sinne des Gesetzes erlitten hat, weshalb sich Weiterungen dazu erübrigen. Fraglich ist hingegen, ob die am 6. März 2022 diagnostizierte Lungenembolie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zu den stattgehabten Unfällen steht. Die Vorinstanz stützt sich in ihrem ablehnenden Einspracheentscheid vom 3. November 2022 (UV-act. II/198) insbesondere auf die Aktenbeurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. I. _____ vom 26. Oktober 2022 (UV-act. II/198 S. 32). Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, die Suva-ärztliche Stellungnahme sei aus beweisrechtlicher Hinsicht nicht valid bzw. medizinisch nicht begründet, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. So sei die Behauptung von Dr. I. _____, die Thrombenbildung resultiere von der langen Autofahrt, in keiner Weise bewiesen. Weiter sei eine Ruhigstellung der Beine, entgegen dem Suva-Arzt, mehrfach belegt. Zudem halte es die Ärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. univ. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, für sehr wahrscheinlich, dass die zahlreichen Eingriffe am linken Unterschenkel für die Thrombenbildung verantwortlich seien. Die lange Autofahrt (nach D. _____ [D]) absolviere der Beschwerdeführer seit 2013 wöchentlich, stets ohne jegliche Folgen. Aus dem fehlenden Nachweis einer tiefen Venenthrombose müsse zudem darauf geschlossen werden, dass die Thrombose, die zur Lungenembolie geführt hatte, spontan entstanden sei. Damit sei die Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 10. Januar 2022 und der Lungenarterienembolie erstellt. Falls das Gericht zu einem anderen Schluss komme, sei zu beachten, dass der Bericht von Dr. J. _____ mindestens Zweifel an der medizinischen Einschätzung des Suva-Arztes wecke, weshalb vor einer Entscheidung ein Gerichtsgutachten zu deren Klärung in Auftrag zu geben wäre (act. 1 S. 4 ff.).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer kritisiert, Dr. I. _____ verneine aktenwidrig eine Ruhigstellung; dem kann nicht gefolgt werden. Aus den Beurteilungen von Dr. I. _____ geht klar hervor, dass er die vorübergehenden Ruhigstellungen des rechten Beines durch Gips und Vacoped (UV-act. II/39) sowie des linken Beines nach der Operation vom 3. Februar 2022 (UV-act. II/99 S. 4), welche jeweils von Antikoagulation begleitet waren (UV-act. II/39 sowie UV-act. II/129 S. 4), sehr wohl berücksichtigt hat. Er verneinte lediglich eine "längerfristige" Ruhigstellung in dem Sinne, dass mit dem Vacoped von Beginn an eine (Voll-)Belastung zulässig (UV-act. II/39) und dieser bereits bei der Nachkontrolle im Spital G. _____ am 15. Februar 2022 – rund fünf Wochen nach dem Unfall – nicht mehr in Gebrauch war. Der Beschwerdeführer also das rechte Bein bereits in diesem Zeitpunkt wieder normal belastete (UV-act. II/55). Aus den Akten geht gar hervor, dass bereits im

OP-Protokoll zur Wundrevision vom 1. Februar 2022 unter "Besonderes" vermerkt wurde: "Vacoped re kann ab, dafür Schuhe mit steifer Sohle" (UV-act. II/8 S. 5). Dies legt die Vermutung nahe, dass der Beschwerdeführer den Vacoped bereits ab diesem Zeitpunkt nicht mehr trug, die Phase der teilweisen Ruhigstellung des rechten Beines also noch kürzer war als von Dr. I. _____ angenommen. Was das linke Beine betrifft, wurde nach der Operation vom 3. Februar 2022 folgendes Prozedere festgelegt: Drei Tage eingeschränkte Bettruhe zur Weichteilkonsolidierung, dann vorsichtige Mobilisierung zunächst mit Teilbelastung. Vollständige Mobilität und Belastung erst nach vollständigem Abschluss der Wundheilung (UV-act. II/99 S. 5). Dies belegt ebenfalls eine nur kurzzeitige, von Thromboseprophylaxe begleitete Ruhigstellung (UV-act. II/8 S. 2). Nach der ambulanten Operation vom 23. Februar 2022 wurde hingegen keine vorübergehende Ruhigstellung mehr empfohlen, sondern lediglich noch postoperativ 14 Tage körperliche Schonung (UV-act. II/99 S. 6 f.). Auf die Anordnung einer Thromboseprophylaxe wurde verzichtet, was den Schluss zulässt, dass ausreichende Bewegung möglich war. Nach dem Gesagten ist Dr. Reiters Annahme, eine längerfristige Ruhigstellung fehle, nachvollziehbar. Doktor I. _____ legt in den ärztlichen Beurteilungen vom 16. Juni 2022 und 26. Oktober 2022 weiter ausführlich und überzeugend dar, aus den medizinischen Akten, insbesondere auch dem Bericht vom 4. März 2022, ergäben sich keine klinischen Befunde, die auf

E. 5.2

Daran vermag auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, Dr. I. _____ behauptung, die Thrombenbildung resultiere von den langen Autofahrten, in keiner Weise, nichts zu ändern. Wie die Suva richtig festhält, hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen (BGer 8C_80/2021 vom 7. Juli

E. 6

Urteil S 2022 153 Die Suva ihrerseits erachtet die vorgebrachte Kritik als unzutreffend und hält im Wesentlichen fest, beschwerdeweise werde nichts vorgebracht, was Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Suva-ärztlichen Beurteilung zu wecken vermöchte, weshalb darauf abgestellt und in antizipierter Beweiswürdigung auf ein versicherungsexternes Gutachten verzichtet werden könne (act. 3 Ziff. 5.6). 4. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 7

Urteil S 2022 153 mit VAC-Anlage, dann der Wechsel am 1. Februar 2022 und ein sekundärer Wundverschluss am 3. Februar 2022 in störungsfreier Allgemeinanästhesie. Der intra- und postoperative Verlauf habe sich jeweils komplikationsfrei gestaltet. Die bereits ambulant begonnene Antibiose mit Amoxicillin wurde fortgeführt und im Verlauf oralisiert. Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer werde am sechsten Tag postoperativ nach Sekundärnaht mit reizarmen und trockenen Wundverhältnissen, beschwerdearm selbständig an Unterarmgehstützen mobilisiert in die ambulante Weiterbetreuung entlassen. Im Therapievorschlag wurde neben regelmässigen Wundkontrollen und Entfernung des Nahtmaterials etwa 14 Tage postoperativ unter anderem die Fortsetzung der Thromboembolieprophylaxe mittels Celxane 0,4 ml s.c. einmal täglich bis zur uneingeschränkten Vollbelastung angeordnet (UV-act. II/8 S. 2). Im Operationsbericht vom 3. Februar 2022 (zur dritten Operation) wurde weiter folgendes Prozedere festgehalten: Drei Tage eingeschränkte Bettruhe zur Weichteilkonsolidierung, dann vorsichtige Mobilisierung zunächst mit Teilbelastung. Volle Mobilität und Belastung erst nach

vollständigem Abschluss der Wundheilung (UV-act. II/99 S. 5). Im OP-Protokoll vom 1. Februar 2022 wurde unter "Besonderes" zudem vermerkt: "Vacoped re kann ab, dafür Schuhe mit steifer Sohle" (UV-act. II/8 S. 5). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 15. Februar 2022 bei Dr. K._____, Spital G._____, hielt dieser fest, der Patient sei ohne Gehhilfen unter Vollbelastung mobilisiert erschienen. Am rechten Fuss trage er einen Verbandsschuh. Gestützt auf seine Untersuchungen kam Dr. K._____ zum Schluss, die Frakturen der Basis Metatarsale V rechts seien klinisch wie zunehmend knöchern konsolidiert. Der Beschwerdeführer könne nun auf einen stabilen und bequemen Konfektionsschuh wechseln. Bezüglich der Wunde am linken Unterschenkel wurde auf Wunsch des Beschwerdeführers eine Wiedervorstellung am 18. Februar 2022 vereinbart (Bericht Dr. K._____ vom 15. Februar 2022 [UV-act. II/55]). Wie vorgesehen erfolgte an diesem weiteren Termin – bei der tiefen Weichteilwunde prätibial links – die Entfernung des Hautnahtmaterials. Da eine zeitnahe Wundkontrolle wegen erneuter Abwesenheit des Beschwerdeführers nicht möglich war, wurde eine Verlaufskontrolle am 2. März 2022 vereinbart (Bericht Dr. K._____ vom 18. Februar 2022 [UV-act. II/89]). Aufgrund erneuter Wunddehiszenz wurde beim Beschwerdeführer am 23. Februar 2022 im Krankenhaus E._____ eine weitere operative Wundrevision mit Anfrischung von Wundgrund und Wundrändern sowie sekundärem Wundverschluss durchgeführt. Es wurden ihm postoperativ 14 Tage körperliche Schonung empfohlen und ein Kontrolltermin

E. 8

Urteil S 2022 153 am 28. Februar 2022 vereinbart (UV-act. II/99 S. 6 f.). Bezüglich dieses Wundkontrolltermins finden sich keine Akten. Am 4. März 2022 begab sich der Beschwerdeführer zur Verlaufskontrolle in die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Spital H._____. Deren Chefarzt a.i., PD Dr. med. L._____, erhob den folgenden Befund: Fuss rechts: Keine relevante Weichteilanschwellung. Moderate Druckdolenz über Basis os metatarsae V., keine sonstigen Druckdolenz. Aktivierung Peronealmuskulatur und sonstige sprunggelenks- überschreitende Muskulatur regelrecht. Mobilisation OSG frei und schmerzfrei, Dorsalextension/Plantarflexion 15/0/20. OSG stabil. Periphere DMS (Durchblutung, Motorik und Sensibilität, vgl. www.befunddolmetscher.de oder www.psychyrembel.de, Stichwort "DMS-Kontrolle") intakt. Unterschenkel links: Wunde trocken. Intracutannaht mit monofilem Faden, Knoten caudal ausgeleitet. Wunde mit minimaler Rötung, zentral wenig mazeriert. Gut adaptiert. Kein Hinweis auf perifokalen Infekt. Doktor L._____ schloss, es bestünden reizlose Wundverhältnisse mit regelrechter Wundheilung, wobei das monofile Fadenende entfernt und die Naht mit Steristrips gesichert worden sei, weiter sei die Frakturheilung der Avulsionsfraktur os metatarsale V regelrecht. Bezüglich des rechten Fusses verordnete er Physiotherapie, bezüglich des linken Unterschenkels eine hausärztliche Wundkontrolle nach sieben bis zehn Tagen (Bericht Spital H._____ vom 7. März 2022 [UV-act. II/130]).

E. 9

Urteil S 2022 153

E. 10

Urteil S 2022 153

E. 11

Urteil S 2022 153 Nachkontrolle vom 4. März 2022 am Spital H._____ ergebe sich weder aus der Anamnese noch aus den klinischen Befunden ein Hinweis auf eine mögliche

Thrombose zum Zeitpunkt der Untersuchung (UV-act. II/198 S. 33 ff.). 5.

E. 12

Urteil S 2022 153 das Bestehen einer Beinvenenthrombose hingedeutet hätten, weshalb er es als nicht überwiegend wahrscheinlich erachte, dass die Ursache der Lungenembolie in den Bein- Verletzungen liege. Soweit sich Dr. I. _____ dazu äussert, welche anderen – seiner An- sicht nach wahrscheinlicheren – (krankhaften) Ursachen die Embolien verursacht haben könnten, unterstreicht er, dass die Beinverletzungen im vorliegenden Fall wohl eine denk- bare, aber aufgrund der gesamten Umstände nicht die überwiegend wahrscheinliche Ur- sache der Embolie sind. Gerade eine Thrombenbildung infolge der nach der Untersuchung vom 4. März 2022 angetretenen langen Autofahrt nach Hamburg erscheint Dr. I. _____ aufgrund des engen zeitlichen Zusammenhangs zum Auftreten der Symptome der Embo- lie als mindestens ebenso wahrscheinlich. Daran vermag die wenig überzeugende Argu- mentation von Dr. J. _____, der Beschwerdeführer habe zuvor weder Thrombosen noch Lungenembolien gehabt und sei die lange Strecke nach Hamburg bereits seit 13 Jahren wöchentlich gependelt, nichts zu ändern. Das grundsätzliche Risiko einer "Reise- thrombose" besteht bei jeder Reise mit langem Sitzen auf ein Neues und lässt sich nicht dadurch ausschalten, dass es sich bei früheren Reisen nicht verwirklichte. Die Äusserun- gen von Dr. I. _____ zu möglichen unfallfremden Ursachen zeigen zudem auf, dass er sich umfassend mit der medizinischen Sachlage befasst hat, sowie, dass die Lungenem- bolie nicht einfach "entfallen" würde, wenn man den Unfall wegdenkt. Ein bloss möglicher Zusammenhang mit dem Unfall genügt allerdings nicht (vgl. E. 2.2). Zusammenfassend äusserte Dr. I. _____ sich gestützt auf umfassende Kenntnis der vorhandenen Akten und setzte sich – anders als Dr. J. _____ – intensiv damit auseinander, ob eine Beinvenenthrombose als Ursache für die Embolie in Frage kommt bzw. weshalb dies eben nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Seine Einschätzung stützt er auf die medizinischen Akten sowie auf Fachliteratur (UV-act. II/198), er nimmt Bezug auf die erhobenen Befunde und die geklagten Beschwerden. Mit Blick auf die gesamte medizinische Aktenlage erscheint seine Beurteilung ohne Weiteres schlüssig. Die vom Beschwerdeführer im Wesentlichen gestützt auf den Bericht von Dr. J. _____ vom 18. Juli 2022 vorgebrachte Kritik vermag keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung von Dr. I. _____ zu begründen. Von weiteren medizinischen Abklärungen kann daher in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden.

E. 13

Urteil S 2022 153 2021 E. 2.2). Es ist nicht Sache der Unfallversicherung, eine alternative Ursache für Be- funde zu finden, für die sie mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammen- hangs mit dem versicherten Ereignis nicht leistungspflichtig ist (BGer 8C_480/2021 vom 6. Dezember 2021 E. 4.2.1). Sie muss vielmehr gestützt auf die Angaben von medizinischen Fachpersonen einzig klären, ob der von ihr versicherte Unfall mit überwiegender Wahr- scheinlichkeit die (natürlich) kausale Ursache für den eingetretenen Gesundheitsschaden ist, wobei ein bloss möglicher Zusammenhang nicht genügt (E. 2.2). Dies gelingt der Be- schwerdegegnerin vorliegend gestützt auf die Beurteilung von Dr. I. _____. Auch unter diesem Aspekt kann auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet werden. Im Übrigen läge die Beweislast dafür, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war, letzt- endlich bei der versicherten Person; sie hätte die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGer 8C_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 4.2). 6. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Aktenbeurteilungen von Dr.

I. _____ abgestellt und ihre Leistungspflicht in Zusammenhang mit der Lungenembolie vom 6. März 2022 mangels natürlichen Kausalzusammenhangs zu den Unfällen vom 31. Dezember 2021 und 10. Januar 2022 abgelehnt. Folglich ist die vorliegende Beschwerde als unbegründet abzuweisen. 7. Bei sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. fbis ATSG). Eine solche Kostenpflicht ist im Bereich der Unfallversicherung nicht vorgesehen, so dass das Verfahren für die Parteien kostenlos ist. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG ist weder dem vollständig unterliegenden Beschwerdeführer noch der obsiegenden Sozialversicherungsträgerin eine Parteientschädigung zuzusprechen.

E. 14

Urteil S 2022 153 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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