

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00030 vom 20. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00030](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00030)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00030 du 20 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00030 del 20 maggio 2016

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1969, gelernte Coiffeuse, erledigte im Gipsergeschäft ihres Ehemannes Y.\_\_\_\_

administrative und andere Arbeiten und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Ferner arbeitete sie seit Januar 2009 im Stundenlohn als Reinigerin für die Z.\_\_\_\_ AG (Urk. 8/43; vgl. auch Urk. 8/77 S. 2,

Urk. 8/110 S. 5 und Urk. 8/204 S. 2). Am 20. März 2010 rutschte sie auf einer Treppe aus, verstauchte sich den linken Fuss und schlug das linke Knie an (Urk. 8/1). Die SUVA übernahm die Heilkosten (Physiotherapie und Analgesie; Urk. 8/9) und richtete Taggelder aus, wobei die Versicherte am 2. Juli 2010 ihre Arbeit im Gipsergeschäft

wieder aufnahm (Urk. 8/13); in ihrer Tätigkeit bei der Z.\_\_\_\_ AG war kein Arbeitsausfall eingetreten (Urk. 8/43).

Infolge persistierender Beschwerden im linken Fuss wie auch am Knie unterzog sich X.\_\_\_\_ am 12. November 2010 einer Kniegelenksarthroskopie links mit medialer Teilmenishektomie und gleichzeitig durchgeführter, lateraler

Bandnaht am OSG links (Urk. 8/39). Seither ist X.\_\_\_\_ für beide Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 8/41, Urk. 8/46). Am 8. Juni 2011 erfolgte in der A.\_\_\_\_ eine zweite Operation in Form einer Ankerentfernung und Revision der Bandplastik am OSG links (Urk. 8/116-117). In derselben Klinik wurde schliesslich am 4. Januar 2012 eine anatomische laterale Bandrekonstruktion mit Transfer einer Allograft-Sehne links durchgeführt (Urk. 8/170). In der Folge beklagte die Versicherte einen Dauerschmerz im Bereich der linken Ferse plantarseitig und war nicht in der Lage, das linke Bein zu belasten bzw. wieder einen physiologischen Bewegungsablauf herzustellen. Das Arbeitsverhältnis mit der Z.\_\_\_\_ AG wurde schliesslich per 31. März 2013 aufgelöst (Urk. 8/249). Die aus betrieblichen Gründen stark reduzierten administrativen Arbeiten im Betrieb des Ehemannes hat X.\_\_\_\_

nicht mehr wiederaufgenommen (Urk. 8/246, Urk. 8/204).

### E. 1.1

Vorab ist auf die von der Beschwerdeführerin 1 erhobene formalrechtliche Beanstandung einzugehen, wonach ihr die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2013 vor Erlass des Einspracheentscheides nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden sei, was eine nicht zu heilende Gehörsverletzung darstelle (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2).

## **E. 1.2**

Nach Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind. Spätestens im Einspracheverfahren hat die Verwaltung jedoch die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen Gehörs zu wahren und folglich der versicherten Person oder ihrem Vertreter Einsicht in die Akten zu gewähren, auf deren Grundlage sie den Einspracheentscheid abstützt ( BGE 132 V 387 E. 4.1 S. 389 mit Hinweis) .

Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa ). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung 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 wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

Der Versicherungsträger darf bei der Prüfung der Leistungsbegehren ( Art. 43 Abs. 1 ATSG) auch den Sachverstand versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbeziehen. Bei den von diesen versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten erstellten Stellungnahmen handelt es sich indessen nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG, womit diese Bestimmung auf die Berichte der versicherungseigenen Fachpersonen nicht anwendbar ist (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.2 S. 467 mit Hinweis).

## **E. 1.3**

Die vor Erlass des Einspracheentscheids eingeholte Stellungnahme von Dr. I. \_\_\_ bildete zwar eine wesentliche Grundlage des Einspracheentscheides , wie auch der Begründung zu entnehmen ist. In diesem verwaltungsinternen Aktengutachten werden indes keine neuen entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte genannt, sondern einzig zu den mit der Einsprache vorgebrachten Rügen Stellung genommen und der bereits in der Verfügung dargelegte Standpunkt bzw. die Schlussfolgerungen im kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. B. \_\_\_ bestätigt. Die Beschwerdeführerin 1 konnte sich beschwerdeweise vor dieser Instanz mit voller Kognition auseinandersetzen, weshalb eine allfällige, jedenfalls nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs damit als geheilt zu gelten hat, zumal die Beschwerdeführerin 1 mit ihrem Rechtsbegehren auch ihr Interesse an einem materiellrechtlichen Abschluss des Verfahrens kundgetan hat. 2.

## **E. 2**

Am 29. April 2013 fand die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. B. \_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, statt ( Urk. 8/267). Gestützt auf diesen Untersuchungsbericht stellte die SUVA mit Verfügung vom 3. Mai 2013 ihre Leistungen für die Folgen des Unfalles vom 20. März 2010 betreffend linkes Sprunggelenk und linkes Knie (Taggeld und Heilkosten) per 21. Mai 2013 ein und verneinte auch den Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung mangels Vorliegens eines adäquaten Kausalzusammenhangs der beklagten Beschwerden zum Unfall ( Urk. 8/271). Mit Einsprache vom 5. Juni 2013 beantragte X. \_\_\_ , die Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen

Versicherungsleistungen zu erbringen ; fer ner seien weitere (medizinische) Abklärungen vorzunehmen und währenddessen das Verfahren zu s istieren ( Urk. 8/275). Am 1 2. Juni 2013 gingen der SUVA ein Zuweisungsschreiben von Dr. med. C.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 1 1. Juni 2013 an die Klinik D.\_\_\_\_

( Urk. 8/277) sowie ein

B ericht von Dr. E.\_\_\_\_ , Leitender Arzt des Spitals F.\_\_\_\_ , über eine 3-Phasen-Skelettszintigraph h ie und SPECT-CT-Untersu chung des linken Fusses vom 2 2. Mai 2013 ( Urk. 8/277) ein. Mit Eingabe vom 2 0. August 2013 ( Urk. 8/279) reichte X.\_\_\_\_ eine ärztliche Stel lungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1 4. Juni 2013 zu Händen ihres Rechtsvertreterers und den Konsiliarbericht der Neurologin

Dr. med. G.\_\_\_\_ , H.\_\_\_\_ , vom 1 6. Juli 2013 samt Elektroneuromyographie -Befund ( Urk. 8/280) ein und modifizierte ihr Begehren dahingehend, es seien unver züglich rückwirkend per 2 1. Mai 2013 wieder Leistungen zu erbringen und die Honorarrechnungen der Dres . C.\_\_\_\_

und G.\_\_\_\_ zu übernehmen . Die Versicherte reichte ferner einen Kostenvoranschlag für die von Dr. C.\_\_\_\_ ver ordnete Unterschenkel-Entlastungs-Orthese vom 7. Oktober 2013 ( Urk. 8/285), das Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ vom 2 8. Oktober 2013 ( Urk. 8/286) und den Bericht über die von Dr. C.\_\_\_\_ veranlasste CT-Untersuchung vom 1 0. Oktober 2013 ein ( Urk. 8/287). Diese Akten wurden Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, J.\_\_\_\_ ,

vorgelegt ( Urk. 8/284), der am 20. Dezember 2013 eine Beurteilung abgab ( Urk. 8/293).

Gestützt hierauf wies die SUVA die Einsprache mit Entscheid vom 3. Januar 2014 ab ( Urk. 2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin legte in ihrem Entscheid vom 3. Januar 2014 die Rechtsgrundlagen für die Beurteilung der Streitsache zutreffend dar ( Urk. 2 S. 3 f. Ziff. 1) . Es betrifft dies die Bestimmungen zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang, worauf – um Wiederholungen zu vermeiden –

verwiesen werden kann.

Zu wiederholen bzw. teilweise zu ergänzen ist, dass die Leis tungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmertem oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst entfällt, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat ( status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte ( status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E . 3b mit Hinweisen). 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. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweis - last - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kau - salzu sammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim

Unfallversicherung (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden haben, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts U 258/02 vom 18. Dezember 2003 mit Hinweisen).

### **E. 2.2**

Zu ergänzen bleibt, dass nach Art.

### **E. 2.3**

Nach Art.

### **E. 2.4**

Mit Art. 6 Abs. 3 UVG und Art.

### **E. 3**

Dagegen reichte X.\_\_\_\_ am 3. Februar 2014 Beschwerde (Urk. 1) ein und legte unter anderem die Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2014 zur versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ (Urk. 3/3) bei. Sie beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die SUVA anzuweisen, der Beschwerdeführerin 1 aus dem Unfallereignis vom 20. März 2010 die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggelder, Heilbehandlung, eventuell Rente, Integritätsentschädigung etc. zu bezahlen (1); der Beschwerdeführerin 1 seien die Kosten der zwei der SUVA bzw. dem Gericht eingereichten Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_ zu ersetzen (3). Der prozessuale Antrag auf Gewährung der aufschiebenden Wirkung und Ausrichtung eines vollen Taggeldes rückwirkend und bis auf Weiteres und in Zukunft sowie Bezahlung der Heilkosten (2) wies das Gericht mit Verfügung vom 26. März 2014 ab (Urk. 9). In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), wovon die Beschwerdeführerin 1 Kenntnis erhielt (vgl. Urk. 19). Am 10. April 2014 (Urk. 11) reichte die Beschwerdeführerin 1 den Konsiliarbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, vom 7. April 2014 zu Händen von Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 12) ein, was der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 13). Ferner legte sie am 16. September 2014 (Urk. 16) den Operationsbericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 3. September 2014 (Urk. 17/1) und den Austrittsbericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 8. September 2014 (Urk. 17/2) samt Fotodokumentation (Urk. 17/3) zu den Akten.

### **E. 3.2**

In der A.\_\_\_\_ wurde vorerst am 17. März 2011 ein MRI OSG links durchgeführt und fand Dr. med. R.\_\_\_\_ am Ort des maximalen Schmerzes die Spitze des lateralen Malleolus mit darinliegendem Anker. Dieser war MR-tomographisch nicht konklusiv beurteilbar. Ferner fand er eine grosse Narbenplatte an der lateralen Kontur des Malleolus

lateralis und ausgeprägte posttraumatische Verdickung und Signalalteration des lateralen Bandapparates ( Urk. 8/91). Dr. P.\_\_\_\_ versuchte daraufhin zur weiteren Abklärung der Schmerzursache eine intraartikuläre BV-gesteuerte Infiltration ( Urk. 8/93), welche indes nur wenige Tage eine Erleichterung brachte ( Urk. 8/95), weshalb in der A.\_\_\_\_ eine weitere Operation in Form einer Ankerentfernung Fibula links und Revision der Bandplastik geplant wurde, was der Beschwerdeführerin angezeigt wurde ( Urk. 8/97, Urk. 8/106) und wofür diese Kostengutsprache erteilte ( Urk. 8/108). Am 11. Mai 2011 ersuchte Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ ausserdem um Zustellung des Videofilmes über die Kniegelenksarthroskopie vom 12. November 2010 ( Urk. 8/99), der indes nicht vorhanden war ( Urk. 8/102).

### **E. 3.3**

Nach der am 8. Juni 2011 in der A.\_\_\_\_ durchgeführten Operation ( Urk. 8/116-117) hielten die behandelnden Ärzte am 4. August 2011 vorerst einen regelrechten Verlauf fest ( Urk. 8/127). Drei Monate nach der Operation klagte die Beschwerdeführerin 1 immer noch über belastungsabhängige Schmerzen und rezidivierende Schwellungszustände des linken Unterschenkels, wobei die Röntgenaufnahmen vom 6. September 2011 unveränderte Stellungen verhältnisse ergaben ( Urk. 8/132). Auch anlässlich der Verlaufskontrolle vom 13. September 2011 ( Urk. 8/134) in der A.\_\_\_\_ berichtete die Beschwerdeführerin 1 über einen nicht zufriedenstellenden Verlauf mit perimalleolären lateralen Schmerzen wie vor der Operation, repetitiv stärkere Schwellungen, Rötungen und Überwärmung und verwendete nach wie vor Gehstöcke. Ein zunächst vermutetes chronic regional pain syndrom (CRPS) wurde aufgrund der Bilddokumentation ausgeschlossen ( Urk. 8/134), weshalb eine rheumatologische Beurteilung eingeholt wurde.

Der Rheumatologe Dr. med. S.\_\_\_\_ schloss am 6. Oktober 2011 aufgrund der neubestehenden und brennenden Schmerzen teilweise auch nachts sowie der dokumentierten ausgeprägten Schwellung mit livider Verfärbung am ehesten auf das Vorliegen eines CRPS I und verabreichte entsprechende Medikation ( Urk. 8/143). Auch hinsichtlich der Knieschmerzen stand die Beschwerdeführerin 1 weiterhin bei Dr. P.\_\_\_\_ in Behandlung (vgl. Urk. 8/137), der sie diesbezüglich erneut an die A.\_\_\_\_ überwies. In ihrer second opinion vom 11. Oktober 2011 ( Urk. 8/145) erklärten die Ärzte dieser Klinik als Ursache für die Beschwerden in linken Knie eine retropatelläre Arthrose sowie eine Ansatzendinopathie des Ligamentum patella und empfahlen spezifische Physiotherapie zur Dehnung und Kräftigung der Quadricepsmuskulatur. Anlässlich der Rheumasprechstunde vom 26. Oktober 2011 ( Urk. 8/149) berichtete die Beschwerdeführerin 1 über eine leichte Besserung, indem die Schwellungstendenz und auch die brennenden Schmerzen regredient waren, weiterhin klagte sie jedoch über sehr starke und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des Malleus

lateralis sowie über dem Gelenkspalt ventral. Dr. S.\_\_\_\_ konnte nunmehr das Vorliegen eines CRPS klar ausschliessen, weshalb er seine Behandlung abschloss. Er beurteilte die Beschwerden als chronifizierte Schmerzproblematik mit primär rein mechanischen Schmerzen bei Belastung mit Dekonditionierung, vermochte diese aber von einer allenfalls noch vorliegenden strukturellen Problematik nicht abzugrenzen. Im Bericht über die Fussprechstunde vom 7. November 2011 hielt Dr. med. T.\_\_\_\_ von der A.\_\_\_\_ subjektiv persistierende Schmerzen und ein Instabilitätsgefühl, welches sich allerdings nicht sicher objektivieren lasse, fest, und gab probativ ein sprunggelenkstabilisierendes

Brace ab.

Am 21. November 2011 berichtete die Beschwerdeführerin 1 der Beschwerdegegnerin, dass ihr Fuss weiterhin instabil sei und sich das Tragen einer Schiene positiv ausgewirkt habe, weshalb man ihr eine erneute Operation mit Sehnen transplantation vorgeschlagen habe (Urk. 8/152). Zwischenzeitlich hatte die Beschwerdegegnerin einen Termin für eine kreisärztliche Untersuchung festgesetzt (Urk. 8/151), der infolge der anberaumten MR-Untersuchung jedoch ausgesetzt wurde (Urk. 8/155, Urk. 8/157). Anlässlich der Fussprechstunde vom 20. Dezember 2011 hielt Dr. T.\_\_\_\_ nebst der Schmerzproblematik erneut eine im Vordergrund stehende subjektive Instabilität fest, ohne jedoch eine solche im Sinne einer pathologischen Aufklappbarkeit oder eines Talusvorschubs objektivieren zu können. In Anbetracht des guten Ansprechens auf die externe Stabilisierung, versprach er sich mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit die Stabilität wiederherstellen zu können ohne Voraussagbarkeit des Verhaltens der Schmerzkomponente und

schlug – aufgrund der bereits bestehenden Kniebeschwerden – eine Allograft vor, womit die Beschwerdeführerin 1 einverstanden war (Urk. 8/161). Am 21. Dezember 2011 informierte die Beschwerdeführerin 1 die Beschwerdegegnerin über die auf den 4. Januar 2012 terminierte operative Sehnenimplantation (Urk. 8/159). Der Bericht der A.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2011 (Urk. 8/161) wurde Kreisarzt Dr. Q.\_\_\_\_ vorgelegt, der nach Rücksprache mit Dr. T.\_\_\_\_ schliesslich Kostengutsprache erteilte (Urk. 8/162-164).

#### **E. 3.4**

Am 4. Januar 2012 führte Dr. med. U.\_\_\_\_, Teamleiter Fusschirurgie der A.\_\_\_\_, aufgrund der Diagnose persistierende subjektive OSG-Stabilität (richtig wohl: Instabilität) sowie Schmerzen am anterolateralen OSG links eine anatomische laterale Bandrekonstruktion mit Transfer einer Allograft-Sehne links durch (Urk. 8/170). Der peri- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und die Beschwerdeführerin 1 konnte am 6. Januar 2012 in gutem Allgemeinzustand und regelrechten Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden (Urk. 8/169). Die Arbeitsunfähigkeit wurde bis 1. März 2012 bestätigt (Urk. 8/171). Im weiteren Verlauf persistierten ausgesprochene Schmerzen, vor allem lateral sowohl in Ruhe als auch bei der erlaubten Belastung im Gehgips. Stehen auf der Ferse war fast nicht möglich. Anlässlich der Fussprechstunde in der A.\_\_\_\_ vom 1. März 2012 hielt Dr. T.\_\_\_\_ objektiv eine reizlos abgeheilte Operationsnarbe, mässige residuelle Schwellung, erhaltene periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS), soweit beurteilbar sehr gute Seitenbandstabilität und ein stark druckschmerzhaftes plantares Fersenpolster fest, verordnete einen Künzli-Stabilschuh und verlängerte die Arbeitsunfähigkeit um 6 Wochen (Urk. 8/177). Nebst Physiotherapie behandelte man mit Binden (Lymphdrainage), Nachtschlafgips und Kortisonspritzen (Urk. 8/187-188, Urk. 8/202). Mit Bericht vom 30. April 2012 (Urk. 8/190) vermerkte Dr. T.\_\_\_\_ einen nicht zufriedenstellenden Verlauf mit persistierenden Schmerzen bei objektiv guter Stabilität. Aufgrund der starken Schmerzen im Bereich des Plantarfasziensprungs könne die Beschwerdeführerin 1 nun fast nur im Zehenspitzenstand und an 2 Gehstöcken gehen. Das MRI vom 26. Juni 2012 ergab eine intakte Rekonstruktion des lateralen Bandapparates, Reizung des oberen Sprunggelenkes mit Erguss, intakte Knorpelüberzüge und eine leichte Fasziitis

plantaris (Urk. 8/199). Da diese nach Beurteilung von Dr. T.\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 26. Juni 2012 die Beschwerden alleine nicht erklärte, veranlasste er eine neurologische Abklärung (Urk. 8/202). Die neurologische und elektrophysiologische Untersuchung vom 7. August 2012 ergab keinen Hinweis für eine periphere Nervenläsion oder Neuropathie. Dr. T.\_\_\_\_ – im Versuch, vom Nachtgips und den Gehhilfen

wegzukommen – verordnete am 6. September 2012 ( Urk. 8/212) angepasste orthopädische Serienschuhe und verwies die Beschwerdeführerin 1 an die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde im V.\_\_\_\_ .

### **E. 3.5**

Am 13. Februar 2013 erhielt die Beschwerdegegnerin den Bericht des V.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2012 über die seit 4. Oktober 2012 und weiterhin andauernde Behandlung ( Urk. 8/244) folgenden Inhalts : Nachdem die Beschwerdeführerin 1 über Monate ein Konzept der Schmerzvermeidung durch konsequente Entlastung des linken Fusses durchgeführt habe mit der Folge von lokalen myofaszialen Schmerzen paravertebral , hätte n sie zu vermitteln versucht, dass eine zunehmende Druckbelastung durch dosierte Gewichtsverlagerung das Ziel sei, um einen physiologischen Bewegungsablauf wieder herzustellen. Nötig sei dazu ein Training der Bauch- und Hüftmuskulatur. Dieses Ziel kollidiere mit der Vorstellung der Beschwerdeführerin 1 , dass etwas im Fuss kaputt sei und operiert werden müsse. Gemäss Dr. T.\_\_\_\_ von der A.\_\_\_\_ gebe es hierfür keine Indikation. Aktuell beobachtet die Physiotherapeutin eine zunehmende Spitzfussstellung links, die zu chronifizieren drohe. Es erfolgte n

Medikamentenabgabe , Ergotherapie und die Anpassung einer Orthese mit Fersenentlastung , wobei die Beschwerdeführerin 1 zunehmenden Schmerz im Hohl fussbereich beklagte. Auf Empfehlung der Schmerzsprechstunde im V.\_\_\_\_ begann die Beschwerdeführerin 1 auch eine psychotherapeutische Behandlung ( Urk. 8/246 und Urk. 8/274 ).

### **E. 3.6**

Im am 26. März 2013 angefertigten MRI-Bild befand die Oberärztin der Radiologie ein diskretes Ödem im Bereich der Plantarfaszie sowie des umgebenden Weichgewebes, keine Zeichen einer Ruptur, kein Knochenmarksödem, reizlose Bohrkanäle der Fibulaspitze , des Talus sowie des Calcaneus nach lateraler Bandplastik, intakte Bandplastiken anterior tibiofibular sowie fibulocalcanear , intaktes Deltoid -Ligament, keine Arthrose des Rückfusses, subkutanes Ödem betont lateral und dorsal des Rückfusses, intakte Sehnen ( Urk. 8/255). Im Verlaufsbericht vom 2. April 2013 hielt Dr. T.\_\_\_\_ einen weiterhin frustranen Verlauf bei fehlendem morphologischem Korrelat für die von der Beschwerdeführerin 1 beschriebenen Beschwerden fest ( Urk. 8/259). Er veranlasste eine Gangschulung, wobei die physio- und ergotherapeutische Behandlung im V.\_\_\_\_ fortgeführt wurde, und empfahl zusätzlich eine Medizinische Trainingstherapie (vgl. auch Urk. 8/273). 4.

Zur (Unfall) kausalität der verbliebenen Beschwerden äussern sich folgende medizinischen Berichte:

### **E. 4**

Am 13. Juni 2014 ( Urk. 15) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Beiladung der Sanitas . Sie sei irrtümlich bis da hin in gutem Glauben davon ausgegangen, dass die Helsana Versicherungen AG Krankenversicherer der Beschwerdeführerin 1 sei. Mit Eingabe vom 3. Juli 2014 erhob die mittlerweile dokumentierte Wincare Versicherungen AG (Zustelladresse Sanitas ) ihrerseits Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 3. Januar 2014 mit dem Begehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten) über den 21. Mai 2013 hinaus zu vergüten ( Urk.

18/1). Mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung auch dieser Beschwerde ( Urk. 18/7). Diese s unter der Prozess-Nr. UV.2014.00168 angelegte Verfahren vereinigte das Gericht am 13. November 2014 mit dem hier vorliegenden und weitergeführten Prozess Nr. UV.2014.00030 ( Urk. 19). Gleichzeitig setzte es der Beschwerdegegnerin Frist an, zu den neu aufgelegten Akten der Beschwerdeführerin 1 ( Urk. 17/1-3), welche auch von der Beschwerdeführerin 2 nachgereicht worden waren ( Urk. 18/9

und Urk. 18/10/8-9), sowie den vertrauensärztlichen Ausführungen von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie/Traumatologie und Chirurgie, vom 24. September 2014 ( Urk. 8/10/10) Stellung zu nehmen. Mit Eingabe vom 15. Dezember 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest ( Urk. 23). Ebenfalls am 15. Dezember 2014 ( Urk. 21) reichte die Beschwerdeführerin 1 den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2014 ( Urk. 22/1) samt weitere Fotodokumentation ( Urk. 22/2-3) ein, was der Beschwerdegegnerin zugestellt wurde ( Urk. 29).

#### **E. 4.1**

) noch Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_

ausreichende, objektive organische Befunde (E. 4.2). Im Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses objektivierbar war nach deren einhelliger Meinung eine leichte Plantarfasziitis, welche als sicherlich unfallfremd angesehen wurde. Aufgrund der einhelligen medizinischen Beurteilungen lässt die medizinische Aktenlage den Schluss zu, dass anlässlich des Sturzes vom 20. März 2011 keine strukturellen Läsionen eintraten. Hierfür spricht auch, dass die Beschwerdeführerin 1 nach dem Unfall offensichtlich ihrer Arbeit für die Z.\_\_\_\_ AG ohne wesentliche Einschränkungen weiterhin nachgehen konnte und lediglich kurze Zeit für die Mitarbeit im Betrieb ihres Ehemannes ausfiel. Jedoch erklärte

Dr. C.\_\_\_\_ die anhaltende Schmerzhaftigkeit mit der ersten, nicht indizierten Operation, bei welcher eine Bandaugmentation mit einem überstehenden, das Gelenk weiter beschädigenden Anker eingefügt worden sei, insbesondere aber mit den Folgen der dritten Operation, womit der Talus unwiderruflich beschädigt worden sei und sich eine beginnende Arthrose etabliert habe (E.

#### **E. 4.2**

Am 29. April 2013 fand die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, statt (Urk. 8/267). Nach Darlegung des aktennässigen Verlaufs (S. 1-6), der Angaben der Beschwerdeführerin 1 (S. 6-7) und Darlegung seiner Befunde (S. 8-10) einschliesslich der Beurteilung der Röntgendiagnostik (S. 10) führte Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung aus, es bestehe ein mit Unfallfolgen nicht erklärbares Beschwerdebild linke untere Extremität nach OSG-Distorsion am 20. März 2010. Die Frage sei, inwiefern der Bandapparat initial tatsächlich operationswürdig von Unfallfolgen betroffen gewesen sei. Alle durchgeführten Operationen hätten keine Verbesserungen erbracht, die Beschwerden am linken Fuss würden kontinuierlich zunehmen, unabhängig davon, welche Therapien man durchführe. Die Beschwerdeführerin 1 belaste die linke untere Extremität nur noch minimal über die Zehen und über den Vorfuss, selbst dies könne nur noch mittels eines grossen Entlastungsapparates für den linken Fuss und Benutzung von Unterarmgehstöcken durchgeführt werden. Sie entwickle zudem eine Spitzfussstellung. Die ganze Fersenregion sei extrem schmerzhaft; dies bei im MRI nur

nachgewiesener leichter Plantarfasziitis . Das Beschwerdebild sei auch entsprechend der Befunde im aktuellen MRI vom 26. März 2013 nicht mit organisch strukturellen Veränderungen, seien diese unfallbedingt oder nicht, erklärbar. Es bestehe ein intakter rekonstruierter lateraler Bandapparat am OSG. Die Sprunggelenke seien unauffällig. Eine leichte Plantarfasziitis sei sicherlich unfallfremd, da nicht erklärbar, wie eine Veränderung im lateralen Bandapparat eine Veränderung im Bereich der Plantarfaszie verursachen könne. Andererseits könne diese leichte Plantarfasziitis die ausgeprägten Beschwerden und die Unfähigkeit, normal zu gehen, nicht erklären. Es werde hier kontinuierlich eine absolute Übertherapie betrieben, welche bezüglich Funktion, Belastbarkeit und Schmerzen keinerlei Verbesserung erbringen würde, weshalb er dazu rate, die Therapien auf ein absolutes Mindestmass zu reduzieren bzw. einzustellen. Nach einem gut wiederhergestellten lateralen Bandapparat nach der OSG-Distorsion seien für die Beschwerdeführerin 1 unfallbedingt keine Einschränkungen bezüglich der Tätigkeit als Reinigerin begründbar, auch Tätigkeiten im Bereich des allgemeinen Arbeitsmarktes seien nicht eingeschränkt. Eine Integritätsentschädigung sei nicht begründbar, da keine erhebliche und bleibende unfallbedingte Folgeschädigung vorliege. Er empfahl, den Entlastungsapparat vollständig wegzulassen, da dies nur die Entwicklung des Spitzfusses fördere. Durch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin 1 nach dem Unfallereignis bis zum operativen Eingriff mit bis über 70 Stunden pro Woche gearbeitet habe, bestätige sich sein Verdacht in früher gemachten Stellungnahme, dass die Meniskusläsion im linken Knie, ebenso wie die anderen Interventionen bei dieser Operation, einen degenerativen Vorzustand betroffen hätten. Eine traumatische Genese der nicht eindeutig dargestellten Meniskusläsion hätte dies nicht zugelassen. Retrospektiv könne diese Operation allenfalls als diagnostische Arthroskopie eingestuft werden. Zirka drei Monate nach dem Unfallereignis sei jedoch der Status quo sine eingetreten.

#### **E. 4.3**

und E. 4.5). Dr. K.\_\_\_\_ fand ausserdem ein übermässig straffes subtalares Gelenk mit übermässigem Narbengewebe und Veränderungen im Gelenk infolge Straffheit und Bohrkanälen (E. 4.6.) . Eine beginnende Arthrose zeigte auch das von der A.\_\_\_\_ angefertigte CT vom 10. Oktober 2013 (Urk. 8/287). Angesichts dieser medizinischen Befunde und Beurteilungen kann eine zumindest teilweise Organizität der Beschwerden nicht ausgeschlossen werden, auch wenn im Laufe der Behandlungen von verschiedenen Ärzten die jeweiligen Beschwerden nicht erklärt werden konnten und die Nicht- oder Fehlbelastung – allenfalls in Verbindung mit der Adipositas - der Entwicklung eines schmerzhaften Gelenkes und schliesslich eines Spitzfusses offenbar Vor schub leistete. Obwohl die Beschwerdegegnerin sich anfänglich weigerte, den ohne ihren Auftrag bereits vollzogenen ersten operativen Eingriff bei Dr. P.\_\_\_\_ zu übernehmen (vgl. Urk. 8/30, Urk. 8/33-42), dies offensichtlich nicht für zweckmässig im Sinne von Art.

#### **E. 4.4**

In der chirurgischen Beurteilung vom 20. Dezember 2013 (Urk. 8/293) führt Dr. I.\_\_\_\_ an, dass als bildgebend objektivierbare Unfallfolge am linken Sprunggelenk eine intakte und funktionstüchtige Bandplastik am Aussenbandapparat vorliege und die von der Beschwerdeführerin 1 geklagten Beschwerden durch die zahllosen klinischen fachorthopädischen, rheumatologischen, neurologischen Untersuchungen, durch Magnetresonanztomographie, SPECT-CT, Computertomographie und Neurographie erhobenen und objektivierbaren Befunde nicht zu erklären seien. Bohrkanäle in Knochen

seien integraler Bestandteil der hier lege artis durchgeführten Operationen und nicht die Ursache von Schmerzen und der Grund für eine Belastungsunfähigkeit. Eine beginnende Arthrose, die mittels CT diagnostiziert worden sei, stelle keinen Integritätsschaden in entschädigungspflichtiger Höhe dar. Hinsichtlich der Problematik am Kniegelenk sei die Kausalität zwischen dem Distorsionstrauma des Sprunggelenks und einer Kniepathologie bestenfalls möglich, zumal anlässlich der Erstuntersuchung am Unfalltag gar keine Knieprobleme dokumentiert seien. Somit sei 12 Wochen nach der Arthroskopie der Status quo sine wieder erreicht gewesen. Die Fragen, ob bei der ärztlichen Behandlung vom aktuell gültigen medizinischen Standard schwerwiegend und allenfalls unbegründet abgewichen worden sei und ob hieraus ein objektiver und allenfalls finanziell quantifizierbarer Schaden resultiere, sei in Anbetracht der Fakten, dass die Bandplastik intakt und funktionstüchtig sei und es kein organisch nachweisbares Korrelat für die von der Beschwerdeführerin 1 vorgetragene Beschwerden gebe, zu verneinen bzw. könne letztlich unbeantwortet bleiben.

#### **E. 4.5**

Dr. C.\_\_\_\_ nahm am 31. Januar 2014 zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin 1 zu den Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2013 Stellung (Urk. 8/301). Er hielt abschliessend fest, dass die Operation vom 12. November 2010 (durch Dr. P.\_\_\_\_) unnötig gewesen sei, da das MRI OSG vom 6. Oktober 2011 keine laterale operationswürdige Bandverletzung gezeigt habe (S. 2 und S. 6). Diese unnötige Bandplastik sei so ausgeführt worden, dass der Anker, der in die Malleolenspitze gesetzt worden sei, übergestanden und so den Talus beschädigt habe. Dieser sei anlässlich der zweiten Operation in der A.\_\_\_\_

neu gesetzt worden, was indes keine Besserung gebracht habe (S. 3 und S. 6). Dann sei PD Dr. U.\_\_\_\_ mit seinem Bohrer und seinen seltsamen Vorstellungen der Anatomie am Rückfuss gekommen und habe den linken Rückfuss verwüstet, womit heute eine beginnende OSG-Arthrose mit Defekten im Talus, eine deutliche USG-Arthrose und ein daraus resultierender Spitzfuss vorliege (S. 6). Es lägen daher nicht nur betreffend das OSG organisch nachweisbare Unfallfolgen vor, sondern solche fänden sich nun auch im USG. Ein Endzustand liege noch lange nicht vor und eine Integritätsentschädigung sei geschuldet. Ebenso sei eine Fehlbehandlung durch die erste wie auch die dritte Operation erfolgt.

#### **E. 4.6**

Am 2. September 2014 unterzog sich die Beschwerdeführerin 1 einer Revision des OSG/USG von lateral links mit Lösen der zahlreichen Narben vor allem im OSG, Lösen des völlig straffen subtalaren Gelenkes und einer subtalaren

Arthrodesen mit Remodelling der Fibulaspitze und Abtragen des anterioren

Osteophyten im Bereich der Tibiavorderkante links, durchgeführt durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Belegärztin im Spital L.\_\_\_\_ (Urk. 17/1). In ihrem Austrittsbericht vom 8. September 2014 (Urk. 17/2) nannte Dr. K.\_\_\_\_ die Diagnosen: (1) Invalidisierende Restbeschwerden Rückfuss links bei OSG-Distorsion am 20. März 2014 (richtig: 2010) mit Zerrung des lateralen Bandapparates; (2) Adipositas per magna; (3) Status nach Magenbanding 01/1998 mit einer Implantation 11/2007; (4) Status nach laparoskopischer

Adhäsionslyse und Entfernung des Magenbandes sowie

Gastric

Sleeve

Resektion am 26. Oktober 2012; (5) Revision und Hämatom-Evakuierung am 29. Oktober 2012. Im Konsiliarbericht vom 7. April 2014, dem Kostengutsprache gesuch betreffend dieser Operation beige legt, (Urk. 18/3/1) schloss Dr. K.\_\_\_\_ mit der Beurteilung, die jetzt entstandenen Probleme hätten mit der Distorsion gestartet und sich von Operation zu Operation verschlimmert. Die Unfallkausalität scheine ihr vollumfänglich gegeben.

#### **E. 4.7**

Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin 2, Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie/Traumatologie FMH, nahm zur in Aussicht genommenen Reoperation durch Dr. K.\_\_\_\_ am 25. Juni 2014 Stellung und führte aus, wie von Dr. C.\_\_\_\_ hervorgehoben besteht der Verdacht, dass die seit dem Distorsionsunfall vorgenommenen drei Operationen des linken OSG-Bandapparates fraglich indiziert gewesen seien und insgesamt eher zu einer Verschlimmerung geführt hätten. Auf alle Fälle seien die drei Operationen am OSG wegen dem dokumentierten OSG-Distorsionsunfall vom 20. März 2010 vorgenommen worden, sodass die möglichen operativen Verschlechterungen, die nun zur erneuten operativen Behandlung führten, ohne weitere Wertung der operativ behandelnden Ärzte, als direkte Folge dem Erstunfall vom März 2010 angelastet werden müssten. Von Seiten der am 12. November 2010 arthroskopisch behandelten Kniebeschwerden links bestünden keine weiteren Angaben und es könne daher angenommen werden, dass diese Unfallfolgen ohne weitere Folgen ausgeheilt seien (Urk. 18/3/7). Diese Beurteilung bekräftigte Dr. M.\_\_\_\_ nach Einsicht in den Operations- und Austrittsbericht vom 3. und 8. September 2014 (Urk. 18/10/10). 5.5.1

Vorab ist festzuhalten, dass hinsichtlich allfällig weiter bestehender Beschwerden am linken Knie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen vorlagen bzw. mehr vorliegen und die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zur Recht per 21. Mai 2013 einstellte. Der erstbehandelnde Arzt Dr. N.\_\_\_\_ erwähnte keine unfallbedingten Schäden am linken Knie (Urk. 8/5) und das infolge später aufgetretener Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenkes medial mit zeitweisen Blockaden angefertigte MRI zeigte eine mediale Gonarthrose und Retropatellararthrose mit intaktem Bandapparat und intakten Menisken (Urk. 8/7). Dr. O.\_\_\_\_ verordnete daher lediglich Physiotherapie mit der Diagnose „Kniescherzen bei Arthrose medial“ (Urk. 8/9-10). Der nachbehandelnde Dr. P.\_\_\_\_ sprach dementsprechend von einer traumatisierten Kniegelenksarthrose links (Urk. 8/7). Anlässlich der schliesslich von der Beschwerdegegnerin im Nachhinein übernommenen Kniegelenksarthroskopie vom 12. November 2011 fanden Dr. P.\_\_\_\_ nebst verschiedenen degenerativen Veränderungen (Plica medio-patellaris und Osteophyten) eine

Meniskushinterhornläsion. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. April 2013 befand Dr. B.\_\_\_\_ daher in nachvollziehbarer Weise, dass kein Nachweis vorliege, wonach anlässlich des Unfalls vom 20. März 2010 eine traumatische Veränderung am linken Knie eingetreten sei, sondern letztlich ein degenerativer Vorzustand operiert worden sei (Urk. 8/267 S. 19). Abgesehen davon sind keine weiteren Behandlungen aktenkundig, weshalb davon auszugehen ist, dass spätestens mit dem Fallabschluss die allenfalls als Unfallfolge zu betrachtende Schmerzhaftigkeit der vorbestehenden degenerativen

Veränderung am linken Knie ausgeheilt ist und zu keiner Arbeitsunfähigkeit führte bzw. mehr führt . 5 .2

Hinsichtlich der Unfallfolgen im linken Fuss gehen Dr. B.\_\_\_\_ , Dr. I.\_\_\_\_ und die behandelnden Ärzte da r in einig, dass die Beschwerdeführerin 1 anlässlich des Sturzes vom 2 0. März 2011 lediglich eine Distorsion erlitten hatte und der Bandapparat im linken OSG intakt blieb (E. 3.7, 3.8 und 3.9). Auch bestanden initial keine Anzeichen für eine Instabilität (so auch noch Dr. P.\_\_\_\_ ; vgl. Urk. 8/14 und Urk. 8/20). Einzig Dr. P.\_\_\_\_ erwähnte nach der Operation im Schreiben vom 1 5. März 2011 an die Beschwerdegegnerin einen rupturierten

lateralen Bandapparat, was jedoch in Widerspruch zu de n

übrigen medizini schen Akten steht und wohl der Begründung seiner Operationsindikation diene. Die behandelnden Ärzte berichteten einhellig von einer lediglich subjektiven Instabilität ohne Objektivierbarkeit (so Dr. T.\_\_\_\_ : Urk. 8/161, wie auch Dr. U.\_\_\_\_ : Urk. 8/170). Uneinigkeit herrscht vorab darüber, ob die nach den jeweiligen n Operation fortbestehenden geklagten Schmerzen, insbesondere nach der dritten Operation vom 4. Januar 2012 bzw. nach der Leistungseinstellung durch die Bes chwerdegegnerin (2 1. Mai 2013), organischen Ursprungs sind

und gegebenenfalls auf den Unfall oder eine unfallbedingte Heilbehandlung zurück z uführen sind (nachfolgenden E. 5 .3 ). Für nichtorganische bzw. psychische Fol gen entfielen angesichts der Banalität des Unfallereignisses zum Vornherein die notwendige Adäquanz, wie die Beschwerdegegnerin zur Recht darlegte ( Urk. 2 S. 9). 5 .3

Für die von der Beschwerdeführerin 1 nach Januar 2012 zunehmend geklagten Schmerze n fanden weder Dr. T.\_\_\_\_ (E. 3.3 und E. 3 .5) noch die Schmerztherapeuten des V.\_\_\_\_ (E. 3 .4) noch die RAD-Ärztin Dr. W.\_\_\_\_

(E.

## **E. 5**

Auf die Ausführungen der Parteien sowie die eingelegten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 6**

Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfall versicherung (UVG) die Versicherung ihre Leistungen ausserdem für Schädigun gen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden , ( Art.

### **E. 6.1**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die vertretene Beschwerdeführerin 1 Anspruch auf Ersatz der Parteikosten ( Art. 61 lit . g ATSG; § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ]).

Den Versicherungsträgern und den Gemeinwesen steht dieser Anspruch nur zu, soweit er von andern Gesetzen nicht ausgeschlossen ist ( § 34 Abs. 2 GSVGer ). Auch im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde steht den obsiegenden Behörden oder mit öffentlich - rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zu

(vgl. BGE 112 V 361 E. 6 mit Hinweisen; in Bezug auf Trägerinnen oder Versicherer der beruflichen Vorsorge vgl. BGE 126 V 150 E. 4a, 118 V 169 E. 7, 117 V 349 E. 8 mit Hinweis). Die – im Übrigen unvertretene Beschwerdeführerin 2 – hat daher zum vornherein kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten.

## **E. 6.2**

Die Parteientschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Für unnötigen oder geringfügigen Aufwand einer Partei wird keine Parteientschädigung zugesprochen (§ 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer]). Reicht die Partei dem Gericht vor dem Endentscheid keine detaillierte Zusammenstellung über ihren Zeitaufwand und ihre Barauslagen ein, setzt das Gericht die Entschädigung nach Ermessen fest.

Die Kosten eines von der versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der Sachverhalt erst auf Grund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden

Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (RKUV 2004 Nr. U 503 S. 186, U 282/99 E. 5.1).

Der von der Beschwerdeführerin 1 beigebrachte Bericht von Dr. C.\_\_\_\_

vom 28. Oktober 2013 lässt zwar keine abschliessende Beurteilung zu, war indes geeignet, erhebliche Zweifel an der Schlussfolgerung

der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung, insbesondere der Nichtorganizität der Restbeschwerden

zu erwecken, und hätte zu weiteren medizinischen Abklärungen führen müssen. Im Beschwerdeverfahren trug der Bericht entscheidend dazu bei, den Fallabschluss per 21. Mai 2013 ohne weitere medizinische Abklärungen als unrechtmässig zu beurteilen. Daher rechtfertigt es sich, teilweise im Sinne des Antrages (vgl. Urk. 1 Ziff. 15) die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für das Kurzgutachten vom 14. Juni 2013 von Fr. 2'400.– (direkt der Beschwerdeführerin gestellte Rechnung vom 26. Juni 2013, Urk. 8/281) zu übernehmen. Dies gilt auch für die Kosten der von Dr. C.\_\_\_\_ veranlassten apparativen Untersuchungen von Fr. 620.–

(Urk. 8/280). Soweit diese Kosten durch die Beschwerdeführerin 2 getragen wurden, sind sie zurückzuerstatten (Art. 71 ATSG i.V.m. Art. 45 ATSG). Die weitere Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_

vom 31. Januar 2014 (Urk. 8/301) zu den Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_

diente hingegen keiner (neuen) medizinischen Erkenntnis, war daher nicht notwendig, weshalb diesbezüglich kein Kostenersatz zu sprechen ist.

Die übrigen Parteikosten sind entsprechend dem zu schätzenden notwendigen Aufwand ermessensweise auf Fr. 2'700.– (inklusive die übrigen Barauslagen und die MWSt) festzusetzen.

Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin 1 eine Prozessentschädigung von Fr. 5'100.-- (inkl. Barauslagen, worunter die Kosten für das Kurzgutachten Dr. C.\_\_\_\_, und MWSt) zu bezahlen sowie die Kosten für die von Dr. C.\_\_\_\_ in Auftrag gegebenen bildgebenden Untersuchungen vom 22. Mai sowie 18. Juni 2013 von insgesamt Fr. 620.-- (Urk. 8/280) zu übernehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Januar 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch nach dem 21. Mai 2013 neu entscheidet. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin 1 eine Prozessentschädigung von Fr. 5'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen sowie die Kosten für von Dr. C.\_\_\_\_ veranlassten bildgebenden Untersuchungen von Fr. 620.-- zu übernehmen.

Im Übrigen werden keine weiteren Parteientschädigungen ausbezahlt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Felix Rüegg - Sanitas -  
Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstMöckli

## **E. 10**

Abs. 1 UVG erachtet hatte, so hat sie diese n schliesslich doch als Heilbehandlung übernommen und leistete insbesondere für die dritte Operation vorgängig Kostengutsprache (Urk. 3/11). Soweit diese Operation (en) zu einer organischen Schädigung des Fussgelenkes adäquat kausal beigetragen haben, welche die verbliebenen Beschwerden erklären würden, und am 21. Mai 2013 von einer weiteren Heilbehandlung eine wesentliche Verbesserung des Zustandes zu erwarten gewesen wäre, verbliebe eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 3 UVG.

Da hier zwei sich diametral gegenüberstehende ärztliche Beurteilungen vorliegen, kann die Frage, ob den

noch nach dem 21. Mai 2013 verbliebenen Beschwerden strukturelle Veränderungen zugrunde lagen, die zumindest teilweise adäquat kausal zu den Heilbehandlungen in Zusammenhang mit dem Unfall

stehen, und ob von einer weiteren Heilbehandlung eine wesentliche Verbesserung zu erwarten war, nicht abschliessend beantwortet werden. Hierzu bedarf es eines externen fachärztlichen Gutachtens. Angesichts dessen, dass je nach gutachterlicher Schlussfolgerung weitere Abklärungen hinsichtlich Anspruchsvoraussetzungen und Umfang weiterer Leistungen vonnöten wären, rechtfertigt es sich, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendige medizinische Begutachtung in Auftrag gebe. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen, was zur Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 3. Januar 2014 führt. 6.

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