

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00032 vom 18. März 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00032](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00032)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00032 du 18 mars 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00032 del 18 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1969 geborene X.\_\_\_\_ war ab dem 1. Oktober 2010 beim Gasthof Y.\_\_\_\_ als Chef de Service angestellt und bei der Vaudoise Allgemeine, Versicherungs-Gesellschaft AG (Vaudoise),

obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit der Schadenmeldung vom 26. April 2011 meldete die Arbeitgeberin (Stiftung Z.\_\_\_\_) der Vaudoise, die Versicherte habe sich bei einem Fehltritt auf der Treppe am 11. März 2011 den Fuss gebrochen (Urk. 2/5/1). Dr. med. A.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie am Spital B.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 19. April 2011 (Urk. 2/5/3) über die Erstbehandlung vom 12. März 2011 die Diagnose einer Weber-B-Fraktur links. Gemäss Anamnese der Versicherten habe sie die letzte Stufe der Treppe verpasst und sei in Supinationsstellung auf das linke OSG (oberes Sprunggelenk) gefallen. Sie habe sich das OSG links schon mehrfach verstaucht. Vor 18 Jahren habe sie sich auch einer Bänder-OP unterziehen müssen, seither trage sie eigentlich immer hochgeschlossene Schuhe. Am 13. März 2011 (vgl. Operationsbericht vom 14. März 2011, Urk. 2/5/2) erfolgte im Spital B.\_\_\_\_ die operative Versorgung der leicht dislozierten lateralen Malleolarfraktur Typ Weber-B links mit einer dorsolateralen

Antiglide-Plattenosteosynthese. Der Versicherten wurde in der Folge eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, kurzzeitig von 80% beziehungsweise von 50%, attestiert (vgl. Urk. 2/5/4, Urk. 2/5/5, Urk. 2/5/7, Urk. 2/5/9, Urk. 2/5/12; vgl. auch Urk. 2/5/13). Am 18. Juli 2011 erfolgte die Metallentfernung am lateralen Malleolus links. Im gleichentags verfassten Operationsbericht (Urk. 2/5/10) hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, im Verlauf habe eine anhaltende Schwellneigung des linken Unterschenkels bestanden und es sei von stechenden Schmerzen retromalleolar lateral berichtet worden. Aufgrund der ausgeprägten Schmerzen und bei bisher fehlgeschlagener Wiederaufnahme der Arbeit im Gastronomiegewerbe habe sich die Versicherte in der Sprechstunde vorgestellt. Es bestehe klinisch eine reizlose Operationsnarbe mit Druckdolenz über dem dorsalen Malleolus, insbesondere distal. Radiologisch sei eine konsolidierte Fraktur nachgewiesen (vgl. auch den Bericht vom 28. September 2011 über die Sprechstunde vom 27. April 2011; Urk. 2/5/5). Der Versicherten wurde weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (Urk. 2/5/15-18). Die Vaudoise kam für die Heilkosten auf und erbrachte Taggeldleistungen. Nachdem die Versicherte in der Sprechstunde vom 31. August 2011 über noch immer persistierende belastungsabhängige Schmerzen über dem distalen, lateralen Malleolus berichtet hatte, veranlasste Dr. A.\_\_\_\_

die Durchführung eines weiteren MRI des linken OSG (Bericht vom 28. September 2011; Urk. 2/5/21). Das MRI vom 9. September 2011 zeigte eine leichte Verdickung über der

vorderen Syndesmose sowie eine leichte Flüssigkeitsansammlung im Bereich der Peronealsehnen ohne klare strukturelle Schädigung. Eine erneute Operation wurde als indiziert erachtet (Bericht von Dr. A.\_\_\_\_

vom 28. September 2011 über die Verlaufsuntersuchung vom 14. September 2011; Urk. 2/5/22). Diese fand am 28. September 2011 im Spital B.\_\_\_\_

statt. Bei diagnostizierter Läsion der Sehne Peroneus

brevis mehr als der Sehne longus links und Peritendinitis

wurde von Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt und Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Débridement der Sehnenscheide (mit Revision, Débridement und Naht Sehne Peroneus

longus und brevis links) durchgeführt (Operationsbericht vom 29. September 2011; Urk. 2/5/23).

Tags darauf konnte die Versicherte bei komplikationslosem postoperativem Verlauf und mit einem gespaltenen Unterschenkelgips für 6 Wochen aus dem Spital entlassen werden (vgl. den Austrittsbericht des Spital B.\_\_\_\_; Urk. 2/5/25-26). In der Folge wurde der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (Urk. 2/5/27-28). Mit Schreiben vom 19. September 2011 wurde der Versicherten die Arbeitsstelle per 31. Oktober 2011 gekündigt (Urk. 2/5/31). Der Vertrauensarzt der Vaudoise, Dr.

D\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wandte sich mit Schreiben vom 25. November 2011 an den Chirurgen Dr. C.\_\_\_\_ und erkundigte sich, ob die am 28. September 2011 durchgeführte Operation in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 11. März 2011 stehe. Im Jahre 1993 sei eine Bandplastik OSG links durchgeführt worden, möglicherweise mit einem Teil der Peroneus

brevis Sehne. Diese ehemalige Operation könnte den Status bei der letzten Operation vom 28. September 2011 gut erklären. Unabhängig von dieser Frage sei er der Meinung, dass die Versicherte ab dem 1. Dezember 2011 in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (Urk. 2/5/32). Gestützt auf diese Einschätzung kündigte die Vaudoise der Versicherten mit Schreiben vom 29. November 2011 an, Taggelderleistungen nur noch bis am 12. Dezember 2011 zu zahlen (Urk. 2/5/35). Dr. C.\_\_\_\_

erteilte Dr. D\_\_\_\_ am 6. Dezember 2011 Auskunft (Urk. 2/5/40). Mit E-Mail vom 23. Dezember 2011 gab die Vaudoise der Versicherten bekannt, Taggelderleistungen noch bis spätestens am 31. Dezember 2011 zu erbringen (Urk. 2/5/46). Die Versicherte begab sich bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

in Behandlung, welcher mit Kenacort und Carbostesin infiltrierte,

und trat am 1. April 2012 eine neue Vollzeitstelle an (vgl. die Berichte vom 13. März 2012 [Urk. 2/5/49], 27. März 2012 [Urk. 2/5/50] und 24. Oktober 2013 [Urk. 2/5/51]). Dr. E.\_\_\_\_

veranlasste nach einer erneuten Schmerzexazerbation

die Durchführung einer weiteren MRI-Untersuchung (Urk. 2/5/51), welche am 4. November 2013 durchgeführt wurde (Urk. 2/5/52). Im Bericht vom 7. November 2013 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ eine sekundäre

## Tibialis

posterior-Tendinopathie und verordnete der Versicherten einen Stabilschuh mit Stahlkappe. Zur Physiotherapie könne er die Versicherte nicht motivieren (Urk. 2/5/55). Auf eigenen Wunsch wurde die Versicherte von Dr. E. \_\_\_\_

am 25. November 2013 an Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädie und Unfallchirurgie, Praxis G. \_\_\_\_ , überwiesen (Urk. 2/5/54) . Dieser ersuchte bei der Vaudoise um Kostengutsprache für eine Sehnenrevision peroneal links (Urk. 2/5/55). Die Vaudoise forderte sämtliche medizinischen Unterlagen an (Urk. 2/5/56-58) und legte diese ihrem Vertrauensarzt Dr.

H. \_\_\_\_ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie , vor. Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 18. März 2014 fest, der Status quo sine sei einen Monat nach der Materialentfernung, am 18. August 2011 erreicht gewesen (Urk. 2/5/61 und 61 a). Gestützt auf diese Einschätzung erteilte die Vaudoise

keine Kostengutsprache für die auf den 21. März 2014 terminierte Operation (vgl. das Schreiben vom 18. März 2014 [Urk. 2/5/62] sowie Urk. 2/3/3 ).

Ebenso wurde für die auf den 29. August 2014 terminierte Operation keine Kostengutsprache erteilt (Urk. 2/5/64). Dr.

H. \_\_\_\_ bezog am 17. Februar 2015 erneut Stellung und hielt an seiner Einschätzung fest (Urk. 2/5/65a). Mit Verfügung vom 16. März 2015 (Urk. 2/5/66) stellte die Vaudoise ihre Leistungen per 18. August 2011 ein und verzichtete darauf, die nach diesem Datum zu Unrecht erbrachten Leistungen zurückzuführen (inkl. Taggelder bis 31. Dezember 2011 und Operation vom 28. September 2011). Die dagegen erhobene Einsprache der Krankenversicherung, der EGK Grundversicherungen (EGK) , vom 17. März 2015 (Urk. 2/5/67) beziehungsweise 9. Juli 2015 (Urk. 2/5/71) wies die Vaudoise mit Entscheidung vom 26. August 2015 ab und präzisierte dahingehend , dass die medizinischen Behandlungen bis Ende März 2012 bezahlt worden seien (Urk. 2/2 [= Urk. 2/5/72]).

### **E. 1.1**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BG E 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung

beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 1992 Nr. U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S.

328 f. E.

3b, 1992 Nr. U 142 S.

76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach

Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 1.3**

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherter Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 4.7).

#### **E. 1.5**

Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche ein Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus, dass die Versicherung, solange sie in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die von der Unfallversicherung beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Gutachten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312).

#### **E. 2**

Dagegen erhob die EGK am 7. September 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Solothurn und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei die Sache zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhaltes mittels Gutachtens sowie zur erneuten Prüfung der Kausalitätsfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 2/1 S. 2). Die EGK legte ihrer Beschwerde die Versicherungspolice der Versicherten (Urk. 2/3/2) sowie drei Stellungnahmen ihres Vertrauensarztes (Urk. 2/3/3-5) bei. Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn holte am 8. September 2015

die Beschwerdeantwort ein und lud die Versicherte zum Verfahren bei (Urk. 2/4/11). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 2/4/15-17), und die Beigeladene nahm nach erstreckter Frist (Urk. 2/4/21-24) am 16. November 2015 Stellung (Urk. 2/4/25). Diese Stellungnahme wurde den Parteien am 20. November 2015 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 2/4/26-29). Mit Beschluss vom 29. Januar 2016 erkannte das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, es sei zur Behandlung der Beschwerde örtlich unzuständig, und überwies die Akten an das hiesige Gericht (Urk. 1/1). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 26. August 2015 (Urk. 2/2) zusammengefasst damit,

dass der per Ende 2013 gemeldete Rückfall höchstens möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich auf das ursprüngliche Ereignis vom 11. März 2011 zurückgeführt werden könne. Es bestehe kein Grund, von der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. Februar 2015 abzuweichen. Da die Beschwerden nach dem 18. August 2011 (ein Monat nach der Metallentfernung) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 11. März 2011 zurückzuführen seien, müsse die Leistungsablehnung bestätigt werden.

## **E. 2.2**

Dem hielt die Beschwerdeführerin am 7. September 2015 (Urk. 2/1) beschwerde weise im Wesentlichen entgegen, ihr Vertrauensarzt vertrete in seinen Berichten vom 30. Dezember 2014, 22. April 2015 und 31. August 2015 die Meinung, dass die anhaltenden Beschwerden der Versicherten über das Datum vom 18. August 2015 (richtig: 18. August 2011) hinaus mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 11. März 2011 stünden. Auch der behandelnde Orthopäde stütze die Meinung ihres Vertrauensarztes. Es drängten sich daher weitergehende medizinische Abklärungen auf (Urk. 2/1).

## **E. 3**

0 Faden. An der Brevis -Sehne sei eine Resektion des aufgeriebenen und teils auch bereits verhärteten Areals erfolgt. Es bleibe genügend Sehne stehen. Auch hier sei ein Tubulieren mit Monocryl 3-0-Faden erfolgt (Urk. 2/5/23).

### **E. 3.1**

Im Operationsbericht vom 18. Juli 2011 über die gleichentags durchgeführte Metallentfernung am lateralen Malleolus links hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, radiologisch sei eine konsolidierte Fraktur nachgewiesen. Zur

operativen Technik führte er unter anderem aus, distal sei das Peronealsehnenfach eröffnet, die Peroneus

brevis Sehne sei oberflächlich leicht aufgefasert. Da dies weniger als 10 % betreffe, werde hier auf eine Naht verzichtet (Urk. 2/5/10).

### **E. 3.2**

Im Bericht vom 28. September 2011 zur Sprechstunde vom 14. September 2011 hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, im MRI des linken OSG vom 9. September 2011 zeige sich eine leichte Verdickung über der vorderen Syndesmose sowie eine leichte Flüssigkeitsansammlung im Bereich der Peronealsehnen ohne klare strukturelle Schädigung. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ sei bei entsprechend schlechtem und langwierigem Verlauf eine Revision des Peronealsehnenfaches erforderlich. Je nach intraoperativem Befund sei ein Débridement und eine Naht der Sehne bis hin zu einer Tenodesse bei grösserer Schädigung angezeigt (Urk. 2/5/22).

### **E. 3.3**

Im Operationsbericht vom 28. September 2011 wurde neu eine Läsion der Sehne Peroneus brevis mehr als Sehne longus links und eine Peritendinitis

diagnostiziert. Dr. C.\_\_\_\_ führte ein

Débridement der Sehnenscheide mit Revision, Débridement und Naht der Sehne Peroneus longus und brevis links durch. Zur operativen Technik hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Sehnenscheide sei deutlich entzündlich verändert und im posterolateralen Abschnitt narbig verdickt. Die Longus -Sehne sei reizlos, zeige jedoch oberflächlich einen kleinen Einriss von circa 2 cm Länge. Die Brevis -Sehne zeige sich gereizt, etwas abgeplattet und sei im ventralen Anteil in einem Areal von circa 3.5 x 0.7 mm aufgerieben und aufgefaserter. Zunächst sei ein sparsames Anfrischen des kleinen Risses der Longus -Sehne erfolgt und dann ein Tubulieren derselben mit Monocryl

### **E. 3.4**

Im Bericht vom 14. November 2011 über die Sprechstunde vom 10. November 2011 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Versicherte habe den nach der Operation angelegten Unterschenkelgips bis heute getragen, in dem sie mit 15 kg

teilbelastet habe. Die Beschwerden seien im Vergleich zu vor der Operation deutlich regredient. Sie habe bereits zu Hause probeweise mehr belastet, was gut gegangen sei. Sie gebe noch Restbeschwerden im Ansatzbereich der Peronealsehnen an. Es folge ein vorsichtiger Belastungsaufbau an Gehstöcken während zwei Wochen. Für sechs Wochen seien Orthorehab-Künzlischuhe zu tragen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 25. November 2011 (Urk. 2/5/28).

### **E. 3.5**

Dr. C.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme an

Dr. D\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2011 fest, der intraoperative Befund habe eher gegen eine 18 Jahre alte Läsion gesprochen, hätten sich doch ein kleiner Einriss der Peroneus

longus Sehne sowie ein aufgeriebenes und aufgefasertes Areal im ventralen Aspekt der Peroneus

brevis Sehne gefunden. Gegen eine ältere Läsion spreche auch eine allfällige zweiseitliche Beschwerdefreiheit. Der weitere Heilungsverlauf bleibe in den nächsten Wochen abzuwarten. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. D\_\_\_\_ ab dem 1. Dezember 2011 für eine adaptierte Tätigkeit könne sicherlich bei gutem Verlauf unterstützt werden (Urk. 2/5/40).

### **E. 3.6**

Fast zwei Jahre später, im Bericht vom 5. November 2013 zum MRT des linken OSG vom 4. November 2013, beurteilte

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, die Befunde wie folgt (Urk. 2/5/52): - Tendovaginitis der Peroneus

longus - und brevis -Sehne mit intratendinösem Längsriss der Peroneus

longus -Sehne im prä- und inframalleolären Verlauf - Leichte Synovitis der Tibialis

posterior - und Flexor digitorum

longus -Sehne - Leichte Talonavikulararthrose. Darüber hinaus keine Hinweise für eine Chondropathie im oberen Sprunggelenk - Plantarer Fersensporn

### **E. 3.7**

Dr. E.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 7. November 2013 aus , im Bereich der Peronealsehnen habe gemäss MRI-Untersuchung die Tendinitis etwas zugenommen. Es bestehe nun auch ein besser nachweisbarer Längsriss der Peroneus

longus Sehne inframalleolär . Die Schmerzen seien allerdings eher proximal des Malleolus lateralis . Dr. E.\_\_\_\_ kam zum Schluss, es bestehe nach wie vor eine gewisse Diskrepanz zwischen dem subjektiven Leidensdruck und den nachweisbaren Veränderungen im MRI. Glaubhaft sei, dass die Versicherte bei ihrer Arbeit, die ausschliesslich stehend verrichtet werden müsse, manchmal ans Limit komme. Allerdings sei auch die unfallfremde Adipositas für die Beschwerden mitverantwortlich. Die Versicherte wolle am liebsten einen Monat lang einen Gips haben und in dieser Zeit nicht arbeiten müssen. Diese Therapieoption könne er „nicht unterschreiben“ . Hingegen verordne er einen Stabilschuh mit Stahlkappe, den die Versicherte bei der Arbeit tragen müsse. Zur Physiotherapie könne er die Versicherte nicht motivieren; sie sage, sie habe wegen ihrer Schichtarbeit kaum Zeit dafür (Urk. 2/5/54 ).

### **E. 3.8**

Prof. F.\_\_\_\_

führte im Bericht vom 8. Januar 2014 aus, die Versicherte arbeite wechselnd gehend / stehend als Maschinenführerin. Im Laufe des Tages beobachte sie zunehmende Schwellungen am linken Rückfuss . Dr. F.\_\_\_\_ kam zum Schluss, es bestünden persistierende Schmerzen im Aussenknöchelbereich über den Peronealsehnen , entsprechend dem im neuen MRI festgehaltenen, neuen intra-tendinösen Längsriss der Peroneus

longus Sehne. Aufgrund der persistierenden und klar lokalisierten Schmerzhaftigkeit und der Kongruenz zum neuen MR-Befund schätze er die Chance, durch einen nochmaligen Eingriff mit Revision der Sehne das Schmerzproblem verbessern oder beheben zu können, als gross ein

(Urk. 2/5/55).

### **E. 3.9**

Dr. H.\_\_\_\_

hielt in seiner Stellungnahme vom 18. März 2014 fest, es sei schwierig, die heutigen Befunde mit der Weber B-Fraktur vom 11. März 2011 in einen Zusammenhang zu bringen. Nach der Bildgebung in den Röntgenaufnahmen vom 11. Juni 2010 gebe es Hinweise auf Folgeverletzungen in Höhe der Spitze des Aussenknöchels und des Chopart -Gelenks mit einem Folgeschaden von einer früheren Chopart -Distorsion. Der Status quo sine sei also einen Monat nach der Materialentfernung, am 18. August 2011, erreicht gewesen (Urk. 2/5/61 und 61a).

### **E. 3.10**

In der Stellungnahme vom 17. Februar 2015 führte Dr. H.\_\_\_\_

aus, auf den Röntgen-Bildern vom 11. Juni 2010 seien deutliche Zeichen einer früheren Distorsion und somit einer vorbestehenden Instabilität ersichtlich. Die angebliche 18 jährige Beschwerdefreiheit werde somit nicht nachgewiesen. Bei der Operation vom

18. Juli 2011 sei keine frische traumatische Läsion an der Sehne gefunden worden. Im Jahr 1993 sei nicht nur die Sehne operiert, sondern es sei auch eine Bänderoperation durchgeführt worden, was auf eine grössere vorbestehende Distorsion hinweise und somit die auf dem RX-Bild vom 11. Juni 2010 ersichtliche Instabilität erkläre. Diese Instabilität werde durch die mehrfachen Verstauchungen vor dem Unfall bestätigt. Es sei nicht möglich, dass die Sehne bei der Weber-Fraktur vom 11. März 2011 mitverletzt worden sei, sonst wäre dies bei der ersten Intervention diagnostiziert worden. Dass die Sehne durch das Metall verletzt worden sei, sei eher unwahrscheinlich. Das Übergewicht spiele hingegen sicher eine grosse Rolle bei der Sehnenproblematik. Er halte daran fest, dass der Status quo sine 1 Monat nach der Metallentfernung erreicht gewesen sei (Urk. 2/5/65a).

#### **E. 4.1.1**

Obwohl die Beschwerdegegnerin die Heilungskosten in Zusammenhang mit der Operation vom 28. September 2011 (E. 3.3) faktisch übernommen hat, weshalb die Unfallkausalität hier nicht zu prüfen ist, muss dennoch im Hinblick auf die persistierende Arbeitsunfähigkeit darauf eingegangen werden. Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass für den Wegfall jeglicher Unfallkausalität die Beschwerdegegnerin die Beweislast trägt (E. 1.2). Dr. C.\_\_\_\_, welcher die Operation vom 28. September 2011 selber vorgenommen hatte, kam in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2011

zum Schluss, der intraoperative Befund habe gegen eine 18 Jahre alte Läsion der Sehne gesprochen. Er begründete dies in nachvollziehbarer Weise

(E. 3.5), weshalb auf seine Beurteilung als überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt abzustellen ist. Dr. D.\_\_\_\_ dagegen nahm in seinem Schreiben vom 25. November 2011 keine abschliessende Einschätzung vor (vgl. Ziff. 1 des Sachverhalts bzw. Urk. 2/5/32).

#### **E. 4.1.2**

Mit der Operation vom 28. September 2011 revidierte Dr. C.\_\_\_\_

die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Verletzungen im Sehnenbereich (E. 3.3), worauf es zu einer deutlichen Regredienz der Beschwerden kam. Ein vorsichtiger Belastungsaufbau war möglich, und der Versicherten wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 25. November 2011 attestiert (E. 3.4).

Dr. D.\_\_\_\_ ging in der Folge

davon aus, der Versicherten sei ab dem 1. Dezember 2011 wieder eine adaptierte Tätigkeit (das heisst

keine Tätigkeit als Serviceangestellte) zu 100% zumutbar (Schreiben vom 25. November 2011; Urk. 2/5/32). Diese Beurteilung konnte auch Dr. C.\_\_\_\_ bei gutem Verlauf unterstützen (E. 3.5). Sodann stand sie nicht im Widerspruch zur Einschätzung des Hausarztes Dr. I.\_\_\_\_, welcher in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2011 festhielt, er sowie die behandelnden Ärzte der Orthopädie im Spital B.\_\_\_\_ seien der Ansicht, dass die Versicherte als Serviceangestellte weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei (Urk. 2/5/36). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. I.\_\_\_\_

jedenfalls nicht. Nach dem Gesagten war der Versicherten ab dem 1. Dezember 2011 somit eine angepasste Tätigkeit zumutbar, wobei Dr. C.\_\_\_\_ noch mit einer weiteren Verbesserung im folgenden Heilungsverlauf rechnete (vgl. E. 3.4). Dr. E.\_\_\_\_

hielt in seinem Bericht vom 13. März 2012 fest, die Versicherte werde ab dem 1. April 2012 eine neue Stelle antreten; aus seiner Sicht sei dieser Stellenantritt problemlos. Aufgrund der residuellen Beschwerden infiltrierte er der Versicherten

eine Ampulle Kenacort mit Calcium bostesin (Urk. 2/5/49), was zu einer deutlichen Schmerzlinderung führte (Urk. 2/5/50). Dementsprechend beurteilte

Dr. E.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit in seinem Bericht vom 27. März 2012 als nicht „kompromittiert“ (Urk. 2/5/50).

Aufgrund des Umstands, dass der Versicherten in keinem der zeitnahen ärztlichen Berichte bereits ab dem 1. Januar 2012 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert worden war, erweist sich ein Fallabschluss per Ende Dezember 2011 (und damit auch die faktische Einstellung der Taggeldleistungen per diesem Zeitpunkt) als verfrüht. Auch wenn die Versicherte ihre Stelle als Chef de Service Ende Oktober 2011 verlor, bemisst sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit zunächst aufgrund der Auswirkungen im angestammten Beruf (Art.

#### **E. 4.1.3**

Nach dem Gesagten erscheint ein Fallabschluss per 31. März 2012, das heisst zeitgleich nach einer angemessenen Übergangsfrist von vier Monaten nach Erlangen der vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, als gerechtfertigt. Beschwerden, die danach persistierten, standen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. März 2011, worauf im Nachfolgenden einzugehen ist.

#### **E. 4.2.1**

Dass ein Vorzustand des linken OSG der Versicherten besteht, ist unbestritten. Die Versicherte selbst schilderte anlässlich der Erstbehandlung vom 12. März 2011, sie habe sich das OSG links schon mehrfach verstaucht und sich vor 18

Jahren auch einer Bänder-OP unterziehen müssen (Urk. 2/5/3). Hinzu kommt, dass die Versicherte mit 108 kg bei 176 cm Grösse deutlich übergewichtig ist (Urk. 2/5/55), was angesichts des vorbestehenden Zustandes des Sprunggelenkes sowie der neu ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführerin im Stehen/Gehen eine erhebliche Belastung

für die Sehnen und Bänder des Fusses bedeutet.

#### **E. 4.2.2**

Die Versicherte wurde nach der Operation vom 28. September 2011 zwar nicht schmerzfrei (Urk. 2/5/51), doch berichtete sie Dr. E.\_\_\_\_

gegenüber erst in der Sprechstunde vom 24. Oktober 2013 über eine in der letzten Zeit aufgetretene erneute Schmerzexazerbation mit Schmerzen auch entlang der gesamten Peronealsehnengruppe, sich ausbreitend nach proximal und distal (Urk. 2/5/51). Aufgrund des auf Veranlassung von Dr. E.\_\_\_\_

am 5. November 2013 angefertigten MRI wurde n

schliesslich neue Diagnosen gestellt (E. 3.6). Dr. E.\_\_\_\_ machte nicht zuletzt die unfallfremde Adipositas für die Beschwerden mitverantwortlich (E. 3.7), was nachvollziehbar erscheint (vgl.

E. 4.2.1) . Prof. F.\_\_\_\_ äusserte sich nicht zu einem allenfalls bestehenden Kausalzusammenhang zwischen den seit Oktober 2013 verstärkt auftretenden Beschwerden im Fussgelenk und dem Unfallereignis vom 11. März 2011. Er hielt jedoch fest, im neu angefertigten MRI sei ein neuer intra-tendinöser Längsriss der Peroneus

longus Sehne dargestellt worden (E. 3.8) . Inwiefern dieser neue Riss durch das Unfallereignis vom 11. März 2011 hätte ausgelöst werden sollen, ist nicht nachvollziehbar. Wenn der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme vom 30. Dezember 2014 ausführt, der behandelnde Orthopäde bejahe ganz klar die Unfallkausalität (Urk. 2/3/3), ist nicht klar, welchen Orthopäden er meint. Dr. C.\_\_\_\_

jedenfalls äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2011 bloss zur am 28. September 2011 durchgeführten Operation (E. 3.5) , deren Unfallkausalität zu bejahen ist (E. 4.1). Wie bereits erwähnt erwähnte Dr. C.\_\_\_\_ mit der Operation vom 28. September 2011 die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Verletzungen im Sehnenbereich (E. 4.1.2). Neue Verletzungen können ohne Anhaltspunkte nicht auf das Unfallereignis vom 11. März 2011 zurückgeführt werden. Im Hinblick auf die neuen Diagnosen beziehungsweise die nach dem 31. März 2012 erfolgten medizinischen Behandlungen ist Dr. H.\_\_\_\_ somit zuzustimmen .

Er wies auf eine bereits vor dem Unfall bestehende Instabilität der Sehnen hin und erachtete das Übergewicht ebenfalls als einen massgebenden Faktor bei der Sehnenproblematik (E. 3.10) . Dies erscheint schlüssig. Daran ändern auch die weiteren Stellungnahmen des Vertrauensarztes der Beschwerdeführerin vom 22. April 2015 (Urk. 2/3/4) und vom 31. August 2015 (Urk. 2/3/5) nichts. Er äusserte sich darin vornehmlich zum Bestehen eines Kausalzusammenhanges zwischen der Operation vom 28. September 2011 und dem Unfall vom 11. März 2011, aber nicht zu den neuen Beschwerden oder Diagnosen . Der Einwand, es sei – entgegen der Ansicht von Dr. H.\_\_\_\_ – sehr wohl möglich, dass das Osteosynthese-Material, welches direkt unter den Sehnen liege, eine Reizung und allfällige spätere Läsion verursache (Urk. 2/3/4), vermag hinsichtlich der im November 2013 nachweisbaren, neuen Veränderungen (E. 3.7) nicht zu überzeugen, nachdem das Metall bereits am 18. Juli 2011 entfernt worden war und jedenfalls am 28. September 2011 allenfalls dadurch verursachte oder anlässlich der Erstoperation mit Osteosynthese nicht erkannte Sehnenläsionen revidiert worden waren.

### **E. 4.3**

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Versicherte ab dem 1. April 2012 in der angestammten Tätigkeit wieder vollständig arbeitsfähig und mithin von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über diesen Zeitpunkt hinaus keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war ( Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario ). Somit sind ab diesem Zeitpunkt keine Leistungen mehr geschuldet. Bis zum 31. März 2012 erbrachte die Beschwerdegegnerin faktisch die Heilkosten, was nicht zu beanstanden ist. Die Taggelderleistungen stellte sie jedoch bereits per 31. Dezember 2011 ein. Die Beschwerde ist deshalb insofern teilweise gutzuheissen, als die Versicherte auch für

die Monate Januar bis März 2012 Anspruch auf Taggelder der Unfallversicherung hat. Soweit die Beschwerdeführerin Leistungen über den 1. April 2012 hinaus beantragt, ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Vaudoise Allgemeine , Versicherungs-Gesellschaft AG , vom 26. August 2015 da

hingehend abgeändert, dass festgestellt wird, dass die Beigeladene ab dem 1. Januar 2012 bis am 31. März 2012 Anspruch auf Taggeldleistungen der Beschwerdegegnerin auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - EGK Grundversicherungen - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft AG - X.\_\_\_\_ - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 dem 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 Beweismitteilung 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 Die Gerichtsschreiberin HurstMuraro

## **E. 6**

ATSG) und erst nach einer angemessenen Übergangsfrist unter Berücksichtigung aller zumutbarer Tätigkeitsbereiche (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_173/2008 vom 20. August 2008 E. 2.3; RKUV 2004 Nr. U 179, U 301/02 E. 2.2). Dass sich die Arbeitsfähigkeit nach einer gewissen Dauer auf alle, der Qualifikation der Beigeladenen zumutbaren Tätigkeiten bezieht, wurde ihr erstmals mit Schreiben vom 29. November 2011 ( Urk. 2/5/35) angekündigt. Spätestens ab dem 1. April 2012 erlangte die Versicherte aber auch wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit; diesen Nachweis erbrachte sie selbst, indem sie eine Stelle als Maschinenführerin (fast ausschliesslich gehende und/oder stehende Tätigkeit) antrat, welche in etwa dem bisherigen Anforderungsprofil als Serviceangestellte entspricht. Die Stelle als Maschinenführerin übte sie gemäss Aktenlage zumindest bis ungefähr Mitte oder Ende November 2013 aus. Dann wurde sie gemäss eigenen Angaben von ihrem Hausarzt wegen einer Psychose zu Folge länger dauernder Schlafabstinenz, bedingt durch den lange dauernden Schichtbetrieb, wieder zu 100% krankgeschrieben (vgl. Urk. 2/5/55). Der weitere Verlauf ist unbekannt.

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