

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00239 vom 23. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00239

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00239 du 23 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00239 del 23 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1963 geborene X.____ war ab

1. März 2006 als Hilfsmonteur bei der Y.____ angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 14. November 2006 liess er der Suva mitteilen, dass er am 16. Oktober

2006 von der Treppe gestürzt sei und sich den linken Fuss gebrochen habe (Urk. 7/2). Die den Versicherten vom 17. bis 28. Oktober 2006 erst behandelnden Ärzte des Stadtspitals Z.____ stellten die Diagnose einer Weber B Fraktur links sowie einer Kniekontusion rechts und führten eine Platten- und Schraubenosteosynthese links durch (Bericht vom 28. November 2006; Urk. 7/4/1).

Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) und stellte diese ab dem 23. Mai 2007 ein mit der Begründung, der Versicherte sei wieder zu 100% arbeitsfähig (Urk. 7/21). Aufgrund einer vorübergehenden erneuten Arbeitsunfähigkeit erbrachte sie vom 29. Juni bis 14. Juli 2007 wieder die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/28/1). Mit Schreiben vom 27. November 2007 schloss sie den Fall ab (Urk. 7/29).

Der Versicherte wurde am 8. Februar und 29. Mai 2013 sowie am 28. Dezember 2015 erneut am linken Fuss operiert (Urk. 7/32, Urk. 7/35, Urk. 7/38-39 und Urk. 7/81) und meldete der Suva am 10. Februar 2016 einen am 1. November 2015 erlittenen Rückfall (Urk. 7/84/1 und Urk. 7/99/1).

Mit Verfügung vom 31. Mai 2016 verneinte die Suva ihre Leistungspflicht für die als Rückfall gemeldeten Beschwerden mit der Begründung, ein Kausalzusammenhang zwischen diesen und dem damaligen Unfall sei höchstens möglich (Urk. 7/104). Die vom Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache vom 22. Juni 2016 (Urk. 7/105/1 f.) wies die Suva am 9. September 2016 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar

2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September

2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 16. Oktober

2006 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember

2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise 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 un mittelbare 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 weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 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 blosser 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. 1.3

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn

zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E.

2c in fine).

Bei einem Rückfall obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 4. Oktober 2016 bei der Suva Beschwerde (Urk. 1), welche diese zuständigkeithalber dem hiesigen Gericht überwies (Urk. 3). Er beantragte, es seien die Kosten der Operation vom 28. Dezember 2015 sowie der Nachbehandlungen zu übernehmen. Am 25. November

2016 (Urk. 6) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. November

2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass die im MRI vom 20. Mai 2014 nachgewiesenen Veränderungen der Bänder im MRI vom 26. März 2013 noch nicht vorhanden gewesen seien. Sie seien deshalb nicht unfallbedingt, sondern im Rahmen der unfallunabhängigen Operation vom 29. Mai 2013 zu sehen. Die persistierenden Beschwerden, welche zur Operation vom 28. Dezember 2015 geführt hätten, seien aufgrund der vorbestehenden Fehlstatik des Fussgewölbes und der damit typischerweise zusammenhängenden Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne nicht unfallkausal. Auch liege keine richtunggebende Verschlimmerung vor. Vielmehr handle es sich bei der Sehnenläsion um eine krankhafte degenerative Veränderung. Der im Februar 2016 gemeldete Rückfall, welcher sich auf Leistungen seit 2015 beziehe, sei zu Recht nicht anerkannt worden. Auf den Kreisarztbericht könne abgestellt werden, eine erneute Untersuchung erübrige sich deshalb (S. 7-9; vgl. auch Urk. 6).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Operation vom 28. Dezember 2015 habe als Folge seines Unfalls im Jahre 2006 durchgeführt werden müssen. Dass es sich bei seinen Beschwerden um Alterserscheinungen handeln solle, sei nicht nachvollziehbar, nachdem der Gesundheitszustand seines rechten Fusses einwandfrei sei. 2013 seien erstmals schwere Schäden an der Sehne des linken Fusses festgestellt worden. Mittlerweile habe er den Fuss vier Mal operieren lassen müssen, alle diese Eingriffe würden im Zusammenhang mit dem Unfall im Jahre 2006 stehen. Die Beschwerdegegnerin habe deshalb die Kosten der Operation zu übernehmen. 3.

3.1

Die erstbehandelnden Ärzte des Stadtspitals Z.____ stellten die Diagnose einer lateralen Malleolar-Fraktur Typ Weber B links und führten am 20. Oktober 2006 eine offene Reposition, Platten- und Schraubenosteosynthese mit 7-Loch 1/3 Rohrplatte (Titan) und Zugschraube durch (Urk. 7/8). 3.2

Kreisarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt nach seiner Untersuchung vom 22. Mai 2007 fest, die Fraktur sei komplikationslos konsolidiert. Aktuell fanden sich keine pathologischen Befunde am oberen Sprunggelenk (OSG) links, es beständen kein Unterschied zur Gegenseite und keine Restfolgen. Die Muskulatur am OSG sei sehr kräftig, es bestehe eine freie Beweglichkeit, eine reizlose Trophik und keine Schwellung. Die stichartig angegebenen Schmerzen hinter dem Malleolus lateralis könnten keinen anatomischen Struktur zu geordnet werden. Es beständen konstitutionelle Senkspreizfüsse. Der Beschwerdeführer habe für beide Füsse

Schuheinlagen bekommen, welche mit der Verletzung am OSG links keinen Zusammenhang hätten. Die medizinische Notwendigkeit der Einlagen bei korrigierter Statik sei gegeben, aber nicht unfallbedingt. Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/20 S. 3).

Laut Mitteilung vom 24. Mai 2007 stellte die Beschwerdegegnerin darauf ihre Leistungen auf den 23. Mai 2007 hin ein (Urk. 7/21).

Am 20. Juli 2007 wurde seitens der Ärzte des Stadtspitals Z.____ eine Schmerzzunahme und eine erneute Arbeitsunfähigkeit gemeldet (Urk. 7/25, Urk. 7/27). Die Beschwerdegegnerin erbrachte Heilkosten und Taggelder für die Zeit vom 29. Juni bis 14. Juli 2007 (Urk. 7/28) und schloss den Fall am 27. November 2007 formlos ab (Urk. 7/29). 3.3

Am 8. Februar 2013 erfolgte wegen progredienter Schmerzen eine komplette Osteosynthesematerialentfernung am lateralen Malleolus links im Stadtspital Z.____ (Urk. 7/34).

Dem im Institut für Radiologie des Stadtspitals Z.____ durchgeführten MRI des linken OSG vom 26. März

2013 ist folgende Beurteilung zu entnehmen: „Tendenz zu Pathie und Partialruptur der Sehne des Musculus tibialis posterior. Am ehesten Status nach Zerrung des vorderen Syndesmosenbandes bei stattgehabter lateraler Malleolarfraktur vom Typ Weber C, aber keine Ruptur. Keine degenerativen Veränderungen des OSG. Intaktes Ligamentum deltoideum“ (Urk. 7/49). 3.4

Am 29. Mai

2013 wurde bei anhaltenden Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit eine Tibialis posterior-Sehnenrevision mit Längsnaht, Tenolyse und Rekonstruktion der Retinakula durchgeführt. Gemäss Operationsbericht bestehen seit circa 3 Jahren mediale OSG-Beschwerden, welche sich im letzten halben Jahr akzentuiert hätten. Der Beschwerdeführer beklage Ruhe- und Nachtschmerzen mit deutlicher Verstärkung unter Belastung. Klinisch zeige sich die hauptsächliche Klinik über dem Verlauf der Tibialis posterior-Sehne auf Höhe des Malleolus medialis (Urk. 7/38). 3.5

Das MRI vom 20. September

2013 zeigte eine entsprechend dem postoperativen Zustand verdickte Sehne des musculus tibialis posterior mit Signalalteration auf Höhe und oberhalb des Malleolus medialis, aber kein Kontinuitätsunterbruch (Urk. 7/66). 3.6

Auf Vorschlag der behandelnden Ärzte (Urk. 7/59, Urk. 7/61) wurde eine kreisärztliche Untersuchung anberaumt. Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt am 6. Dezember

2013 (Urk. 7/68) fest, subjektiv würden vor allem nächtliche Schmerzen persistieren und eine Zunahme der Beschwerden bei schnellerem Gehen bestehen. Objektiv fanden sich verstrichene Sprunggelenkskonturen linksseitig, eine leichte Bewegungseinschränkung im linken Sprunggelenk und eine vermehrte Valgusstellung des linken Rückfusses. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien schwer einzuordnen, weshalb eine Szintigraphie durchgeführt werden sollte zum Ausschluss entzündlicher Prozesse. Nach Erhalt der Befunde könne erneut Stellung genommen werden (S. 5). 3.7

Nach einer Dreiphasen-Skelettszintigraphie am 14. März 2014 im Institut für Radiologie des Stadtspitals Z.____

erfolgte folgende Beurteilung: „1. Keine Hyperämie und kein erhöhter Knochenumbau im Bereich von Malleolus lateralis links und lateralen linken OSG. 2. Hingegen weniger ausgeprägter, leicht hyperämischer Knochenumbau im Bereich des Malleolus medialis bzw. medialem OSG links. 3. Unauffällige ossäre Verhältnisse im rechten OSG. Mässig aktivierte Arthrosen MTP I rechts und tarsometatarsal I links. 4. Im restlichen Skelett degenerative Veränderungen im Bereich der Kniegelenke (retropatellär) des rechten Hüftgelenks und des rechten AC-Gelenks“ (Urk. 7/73/1). 3.8

Dem Röntgen des Fusses und OSG links vom 9. April

2014 (Urk. 7/97) ist eine vollständig konsolidierte Fibulafraktur mit residuell Kortikalisdefekten nach Entfernung des Osteosynthesematerials und residuellen Unregelmässigkeiten und Verdickung der Kortikalis, der distalen Fibula zu entnehmen. Die Malleolen erscheinen normal weit, das obere und untere Sprunggelenk seien unauffällig. Talonaviculär seien leichte arthrotische Veränderungen vorhanden, die übrigen mitabgebildeten Mittelfussgelenke normal. Es beständen eine Weichteilschwellung perimalleolär medial und lateral, ein leichter Spreizfuss, eine Subluxation im distalen Endophalangealgelenk und erosive Veränderungen am Köpfchen der Phalanx proximalis V. 3.9

Kreisarzt Dr. B.____ befand am 6. Mai

2014, in der Bildgebung und im Szintigramm fanden sich kein Anhalt für persistierende relevante unfallbedingte Schädigungen und keine arthrotischen Veränderungen. Bei der klinischen Untersuchung seien ebenfalls keine persistierenden unfallbedingten Läsionen nachweisbar gewesen, die Fussstatik sei unfallunabhängig. Es sei somit keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar (Urk. 7/74). 3.10

Gemäss MRI vom 20. Mai 2014 der Uniklinik Balgrist (Urk. 7/96) bestehen eine schwere Tendinopathie der Tibialis posterior-Sehne bei Status nach Naht sowie vernarbte tiefe Anteile des Deltabandes sowie narbige Veränderungen des Tibiospringligamentes. 3.11

Am 28. Dezember 2015 wurden eine verlängernde Calcaneusosteotomie, FDL-Transfer und Tibialis posterior-Rekonstruktion links durchgeführt. Dr. med. Wirth, Leiter Fusschirurgie,

und Dr. med. Viehöfer, Assistenzarzt Orthopädie, von der Universitätsklinik Balgrist stellten die Diagnosen eines dekompenzierten Pes planovalgus links sowie einer Plantarfasciitis. Der Beschwerdeführer zeige einen persistierenden Knick-Senk-Fuss nach Tibialis posterior-Sehnen rekonstruktion (Urk. 7/82). 3.12

Kreisarzt Dr. B.____ hielt in seiner Beurteilung vom 13. Juli

2016 (Urk. 7/109) fest, der Beschwerdeführer habe am 16. Oktober 2006 eine Fraktur am OSG erlitten, welche am 20. Oktober 2006 operativ versorgt worden sei. Bereits anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Mai 2007 seien beidseits Senk spreizfüsse mit abgeflachtem Fussgewölbe beschrieben worden. Er habe für beide Füsse Schuheinlagen bekommen, welche mit der Verletzung am OSG links jedoch keinen Zusammenhang gehabt hätten. Die medizinische Notwendigkeit der Einlagen sei gegeben gewesen, aber nicht unfallbedingt (S. 5 f.).

Nach der Osteosynthesematerialentfernung am

8. Februar 2013 sei am 26. März 2013 ein MRI des linken OSG durchgeführt worden, wobei sich eine Tendinopathie und Partialruptur der Sehne des musculus tibialis posterior und bis auf einen Status nach Zerrung des vorderen Syndesmosenbandes - jedoch ohne Ruptur - jeweils regelrechte Darstellungen aller Bandstrukturen gefunden hätten. Nach einer erneuten Operation am 29. Mai 2013

sei am 20. September

2013 wiederum ein MRI des linken OSG/Rückfusses durchgeführt worden, wobei sich abermals intakte Ligamente medial und lateral am OSG, ein intaktes hinteres Syndesmosenband, das bereits bekannte verdickte vordere Syndesmosenband und, nach Längsnaht und Tenolyse, eine verdickte Sehne des musculus tibialis posterior mit Signalalteration auf Höhe und oberhalb des Malleolus medialis ohne Kontinuitätsunterbruch gefunden hätten. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. Dezember

2013 hätten sich die bekannten Senkspreizfüsse beidseits mit links vermehrtem Rückfussvalgus gefunden. Im SPECT-CT hätten ein erhöhter Knochenumbau und eine Hyperämie im Bereich des durch den Unfall betroffenen Malleolus lateralis und des lateralen linken OSG ausgeschlossen werden können. Veränderungen hätten sich nur im Bereich des Malleolus medialis beziehungsweise medialen OSG links gezeigt. Diese Region sei jedoch weder knöchern noch im Bereich der Bandstrukturen von dem früheren Unfall betroffen gewesen. Nach den Diagnosen eines dekompenzierten Pes planovalgus mit Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne und einer Plantarfasciitis habe am 28. Dezember 2015 erneut eine Operation stattgefunden (S. 6).

Bei einem Pes planovalgus handle es sich um eine Veränderung der Fussstatik, die jedoch in keinem Zusammenhang mit der Aussenknöchelfraktur links von 2006 stehe, insbesondere da die Fussstatik beidseits verändert sei. Typischerweise sei der Knick-Senk-Fuss mit einer Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne vergesellschaftet. Da im medialen Anteil des OSG keine unfallbedingte Läsion und auch keine Bandläsion aufgetreten sei, sei auch eine unfallbedingte Läsion der Tibialis posterior-Sehne, die vom dorsalen Unterschenkel zum medialen Fussrand ziehe und sich erst sieben Jahre nach dem Trauma bemerkbar gemacht habe, nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Fibulafraktur sei problemlos ausgeheilt. Wie mehrfach radiologisch bestätigt, sei die Malleolengabel

unauffällig, so dass insbesondere bei fehlenden Bandläsionen keine unfallbedingte Veränderung der Fussstatik aufgetreten sei. Es handle sich um eine chronische Tibialis posterior-Sehnenlängsruptur mit chronischen Adhäsionen, also ausschliesslich um degenerative Veränderungen. Auch sei der Knick-Senk-Fuss (da beidseits vorhanden) nicht unfallbedingt, sondern bereits vorbestehend und die damit vergesellschaftete Tendinopathie beziehungsweise Längsruptur der Tibialis posterior-Sehne degenerativ bedingt (S. 6 f.).

Die im MRI vom 20. Mai

2014 nachgewiesenen Veränderungen der Bänder seien im MRI vom 26. März

2013 noch nicht vorhanden gewesen und deshalb auch nicht unfallbedingt, sondern wahrscheinlich im Rahmen der unfallunabhängigen Operation vom 29. Mai

2013 zu sehen. Auch seien die danach persistierenden Beschwerden, die schliesslich in der Operation vom 28. Dezember 2015 gemündet hätten, ausschliesslich aufgrund der Fehlstatik des Fussgewölbes und der Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne zu sehen. Hier bestehe jedoch keine Unfallkausalität. Auch sei eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes (Fehlstatik bei Knick-Senk-Fuss beidseits) nicht anzunehmen, da im Bereich des medialen Sprunggelenkes bildgebend keine unfallbedingten Läsionen nachgewiesen worden seien und die Fibulafraktur problemlos mit einer auffälligen Malleolengabel abgeheilt sei. Bei dem Knick-Senk-Fuss und der damit vergesellschafteten Tibialis posterior-Insuffizienz handle es sich um krankhafte beziehungsweise degenerative Veränderungen ohne Unfallkausalität (S. 7).

E. 4

Gegen diese Entscheidung 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 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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Lanzicher

E. 4.1.1

Der Beschwerdeführer zog sich bei seinem Sturz am 16. Oktober 2006 eine seitliche Fraktur des OSG links zu. Im medialen Anteil des OSG trat hingegen weder eine unfallbedingte Läsion noch eine Bandläsion auf. Die Fibulafraktur war gemäss Kreisarzt Dr. B.____ anlässlich der Untersuchung vom Mai 2007 ausgeheilt und die Malleolengabel unauffällig. Ebenso fehlten nach dem Unfall Bandläsionen, welche zu einer Veränderung der Fussstatik geführt haben könnten. Bereits anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Mai 2007 wurden beidseits Senkspitzfüsse beschrieben (E. 3.2 hievor). Ein Knick-Senk-Fuss ist gemäss Dr. B.____ typischerweise mit einer Insuffizienz der Tibialis

posterior-Sehne vergesellschaftet. Diese zieht vom dorsalen Unterschenkel zum medialen Fussrand – befindet sich mithin nicht im Bereich der lateralen Malleolar-Fraktur - und führte erst mehrere Jahre nach dem Unfall zu Beschwerden. Es ist damit nachvollziehbar, dass Dr. B.____ die Unfallkausalität der im MRI vom 26. März 2013 festgestellten Tendinopathie und Partialruptur der Sehne verneinte und diese als degenerativ bedingt ansah. Ebenso ist somit nachvollziehbar, dass er die Operation vom 29. Mai 2013 – eine Tibialis posterior-Sehnenrevision mit Längsnaht, Tenolyse und Rekonstruktion der Retinakula – als unfallunabhängig einschätzte.

E. 4.1.2

Nach der Operation zeigten sich in der Dreiphasen-Skelettszintigraphie vom 14. März 2014 lediglich Veränderungen im Bereich des Malleolus medialis, mit hin nicht im vom Unfall betroffenen Bereich. Dem MRI vom 20. Mai 2014 sind zwar Veränderungen der Bänder zu entnehmen, welche jedoch im MRI vom 26. März 2013, also vor der Operation vom 29. Mai 2013, noch nicht vorhanden waren (vgl. E. 3.3, E. 3.7 und E. 3.10 hievor). Nachvollziehbar führte Dr. B.____ deshalb aus, dass diese nicht unfallbedingt, sondern wahrscheinlich im Rahmen der Operation vom 29. Mai 2013 zu sehen seien.

E. 4.1.3

Die nach der Operation vom 29. Mai

2013 aufgetretenen Beschwerden, welche zu den Diagnosen eines dekompenzierten Pes planovalgus mit Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne und einer Plantarfasziitis und am 28. Dezember

2015 zu einer verlängernden Calcaneusosteotomie, einem FDL-Transfer und einer Tibialis posterior-Rekonstruktion führten (E. 3.11 hievor), sind gemäss den Feststellungen

von Dr. B.____ ebenfalls ausschliesslich aufgrund der vorbestehenden Fehlstatik des Fussgewölbes und der damit regelmässig einhergehenden Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne zu sehen. Gemäss den schlüssigen Ausführungen von Dr. B.____ handelt es sich bei den Beschwerden auch nicht um eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes, da im Bereich des medialen Sprunggelenkes bildgebend keine unfallbedingten Läsionen nachgewiesen wurden und die Fibulafraktur problemlos mit unauffälliger Malleolengabel abgeheilt ist.

E. 4.1.4

Zusammenfassend begründete Dr. B.____ nachvollziehbar, dass es sich beim Knick-Senk-Fuss sowie der Tibialis posterior-Insuffizienz um krankhafte beziehungsweise degenerative Veränderungen handelt, welche in keinem Zusammenhang mit der Aussenknöchelfraktur links von 2006 stehen. Die Ausführungen von Dr. B.____ sind schlüssig und in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit. Seinen Berichten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist darauf abzustellen. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird.

E. 4.2

Soweit der Beschwerdeführer vorbrachte, erst seit dem Unfall unter Fussbeschwerden zu leiden, ist darauf hinzuweisen, dass die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo

propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach die sem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Aus dem Um stand, dass er vor dem Unfall beschwerdefrei war, vermag er damit nichts zu seinen Gunsten abzuleiten , ebenso wenig aus der Tatsache, dass der rechte Fuss ihm keine Beschwerden verursacht .

E. 4.3

Da auch den übrigen medizinischen Akten keine Hinweise auf eine Unfallkausalität der geklagten Beschwerden zu entnehmen sind und sich die behandelnden Ärzte diesbezüglich nicht explizit geäußert haben, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall gestützt auf die Berichte von Kreisarzt Dr. B.____ zu Recht verneint.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - Bundesamt für Gesundheit

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