

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00269

vom 2. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00269

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00269 du 2 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00269 del 2 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

0/24). Die Visana erbrachte daraufhin die gesetzlichen Leistungen (Urk. 10/5-6).

Mit Verfügung vom 20. Juni 2017 (Urk. 10/50-53) lehnte die Visana eine Leistungspflicht über den 28. September 2016 hinaus ab, da die danach geltend gemachten Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien. Die dagegen von der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (nachfolgend ÖKK) erhobene Einsprache (Urk. 10/57-58) wies die Visana mit Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2017 (Urk. 10/63-70 = Urk. 2) ab.

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). Dem entsprechend 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 28. März 2016 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 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

weg gedacht 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

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 blosser 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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragspartner allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an

die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Die ÖKK erhob am 24. November 2017 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 25. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte,

dieser sei aufzuheben und die Visana sei zu verpflichten, weiterhin Leistungen für das Ereignis vom 28. März 2016 zu erbringen. Eventuell sei die Visana zu verpflichten, ein externes Gutachten zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs einzuholen (Urk. 1 S. 2).

Die Visana beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2018 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. Februar 2018 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde der Versicherte zum Prozess beigeladen. Innert angesetzter Frist liess sich dieser nicht vernehmen. Am 26. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin die Replik (Urk. 16) ein. Die Beschwerdegegnerin erstattete am 6. September 2018 die Duplik (Urk. 23), was den anderen Parteien am 10. September 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) auf die Ausführungen ihres beratenden Arztes Dr. med. A.____. Danach habe der Beigeladene am 28. März 2016 eine schwere Rückenstörungsdistorsion rechts erlitten, wobei das Ereignis überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung im Sinne einer schmerzhaften Aktivierung, nicht aber zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt habe. Die aktuellen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren zurückzuführen. Die Ausführungen des

beratenden Arztes der Beschwerdeführerin ,

med. pract . B.____ ,

vermöchten – aus näher genannten Gründen – keine Zweifel an den schlüssigen und detaillierten Stellungnahmen von Dr. A.____

zu begründen (S.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), gestützt auf die Akten und die Ausführungen von med. pract . B.____ bestehe kein Zweifel, dass die geklagten Beschwerden nach wie vor in natürlichem Kausal zusammenhang zum Unfälle reignis vom 2 8. März 2016 stünden . Das Ereignis sei mind estens als Teilursache für die Beschwerden zu werten. Die Ausführungen von Dr. A.____ seien – aus näher genannten Gründen - nicht durchgehend schlüssig und nachvollziehbar. Der von ihm postulierte Unfallmechanismus finde weder in den medizinischen Akten noch in der Unfallschilderung des Beigeladenen eine Stütze (S. 5 ff.).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 9) bestritt

die Beschwerde gegnerin nicht, dass sich der Beigeladene beim Ereignis vom 2 8. März 2016 eine schwere OSG- Ver letzung zugezogen habe. Ausschlaggebend sei a llerdings , dass gemäss der Beur teilung von Dr. A.____ spätestens ab dem 2 8. September 2016 ein morpholo gischer Status quo sine vorliege . Daher seien die später erfolgte n Behandlungen überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 2 8. März 2016, sondern auf den Unfall aus dem Jahr 2004 zurückzuführen (S. 16).

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin vertrat in der Replik (Urk. 16) die Auffassung, dass anhand der Diagnose und der durchgeführten Behandlung deutlich werde , dass derartige Verletzungen nicht bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender Beschwerden, sondern vielmehr zu einer richtungsweisenden Ver schlimmerung oder zu neuen dauernden Beschwerden führen würden (S. 2). Ein Supinationstrauma sei wesentlich wahrscheinlicher als das von der Beschwer degegnerin postulierte Pronationstrauma. A usgenommen der Beurteilung von Dr. A.____

sprächen

sämtliche Unterlagen für einen natürlichen Kausalzu sam men hang zwischen dem Unfall vom 2 8. März 2016 und den geklagten Beschwer den. D ie Beschwerdegegnerin zeige nicht auf , dass der Unfall für die Beschwerden je gliche Bedeutung verloren habe (S. 4).

E. 2.5

In der Duplik (Urk. 23)

stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt , sie habe auf gezeigt, dass zwischen dem Unfall vom 2 8. März 2016 und den aktuellen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestehe. Tatsach e sei, dass ein massiver

pathologische Vorzustand vorliege und bereits mehrere Operationen stattgefunden hätten. Es bestünden keine Zweifel an den Aussagen von Dr. A.____, weshalb eine externe Begutachtung nicht angezeigt sei (S. 2 f.). Dr. A.____

verfüge über die bessere Qualifikation und mehr Erfahrung als med. pract. B.____ zur Einordnung solcher Fälle (S. 4).

E. 2.6

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beigeladene Anspruch auf weitere Leistungen der Beschwerdegegnerin hat und dabei insbesondere das Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs betreffend die nach dem Zeitpunkt des Fallabschlusses noch bestehenden Beschwerden. 3. 3.1

Am 28. März 2016 wollte der Beigeladene mit dem Fahrrad von der Straße auf den Fahrradweg abbiegen und stürzte dabei seitlich. Als Art der Verletzung wurde ein Bruch des rechten Fussgelenks erwähnt (vgl. Unfallmeldung vom 5. April 2016, Urk. 10/1 Ziff. 6, Ziff. 9).

Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags in der Notfallpraxis des

Z.____, wobei folgender Befund erhoben wurde:

eine leichte Schwellung ober- bis unterhalb des Malleolus

lateralis, keine Hämatome, eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit und eine intakte

Durchblutung, Motorik, Sensorik (DMS). Gestützt auf den Röntgenbefund wurde eine OSG-Distorsion mit komplexer mediolateraler

ligamentärer Verletzung, osteochondraler Läsion des medialen Talus mit freiem Gelenkskörper und Fraktur der Tibiakante diagnostiziert (vgl. Arztzeugnis vom 30. Mai 2016, Urk. 10/24 Ziff.

E. 4

f.f.).

E. 4.1

Vorab ist aus medizinischer Sicht hinsichtlich des Vorzustandes des rechten Fußes festzuhalten, dass der Beigeladene am 1. Januar 2004 ein schweres Valgustrauma des rechten Kniegelenks mit unter anderem vollständiger

Peroneusparesis

erlitten hat. Da in den Verlaufskontrollen keinerlei Tendenz zur Regeneration des Nervs festgestellt wurde, erfolgte am 13. Oktober 2004 in der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des D.____

eine Nervenrevision. Infolge fehlender Möglichkeit einer Nervenrekonstruktion wurde eine muskuläre Ersatzoperation im Sinne eines Tibialis

posterior-Transfers vorgenommen

(vgl. Operationsbericht vom 29. Oktober 2004, Urk. 10/91-92; Austrittsbericht vom 1. November 2004, Urk. 10/93-94).

Anlässlich der am 7. November 2005 erfolgten Konsultation im D.____

zeigte sich bezüglich der Funktion des Transfers ein sehr gutes Ergebnis (vgl. Bericht vom 7. November 2005, Urk. 10/95-96 S. 1). Die Untersuchung vom 15. November 2005 in der neurochirurgischen Sprechstunde des D.____ ergab, dass nach dem Sehnentransfer wieder ein gutes Gehvermögen ohne Fallfuss bestehe. Klinisch besteht der Eindruck, dass eine leichte Anpassung des Tibialis

anterior vorliege. Eine Fusspronation sei nicht zu erkennen. Im Versorgungsgebiet des Nervus

peroneus finde sich eine sehr spärliche Reinnervation, welche in dieser Form noch nicht funktionsrelevant sei. Es sei denkbar, dass diese noch geringfügig zu nehmen. Es könne jedoch davon ausgegangen werden, dass durch diese minimale Reinnervation die Fusshebung allenfalls geringfügig unterstützt werden könne (vgl. Bericht vom 16. November 2005, Urk. 10/97).

E. 4.2

Zur Beurteilung der vorliegend strittigen Unfallkausalität der noch bestehenden Beschwerden nach dem am 28. März 2016 erlittenen Fahrradunfall erfolgten ausführliche versicherungsinterne Beurteilungen durch Dr. A.____ als beratenden Arzt der Beschwerdeführerin sowie med. pract .

B.____ als beratenden Arzt der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 3.9-3.15).

Die Ärzte sind sich darin einig, dass beim B eingeladenen im Zeitpunkt des Unfalles vom 28. März 2016 ein doch erheblicher pathologischer Vorzustand

am rechten Fuss bestand, was sich auch aus den vorliegenden Akten ergibt (vorstehend E. 4.1). Auffallend ist, dass dieser in den aktuellen Berichten der behandelnden Ärzte lediglich beiläufig erwähnt wird. Inwieweit die im Jahr 2004 erlittene vollständige Peroneusparesis mit anschliessendem Tibialis

posterior-Transfers und die da durch veränderte Anatomie des rechten Fusses auf das aktuelle Verletzungsbild und den stattgehabten Unfallmechanismus Einfluss genommen haben, bleibt unklar. Die Erläuterungen der beiden versicherungsinternen Ärzte zum Unfallmechanismus widersprechen sich grundlegend, wobei keine ausschlaggebenden Gründe erkennbar sind, um einer der beiden Einschätzungen

zweifelsfrei zu folgen. Überdies ist festzuhalten, dass med. pract. B.____ als Facharzt für Anästhesiologie für die Beurteilung von Verletzungen am Bewegungsapparat nicht genügend fachkundig ist.

Soweit Dr. A.____

schliesslich

eine richtungsgebende Verschlimmerung verneint, allerdings gleichzeitig erwähnt, dass ein morphologischer Status quo sine Lebenlang kaum je erreichbar sei (vgl. Urk. 10/44-46 S. 2 f. Ziff. 1, Ziff. 3.b), widerspricht sich dies insoweit, als die Rechtsprechung in einem solchen Fall von einer richtungsgebenden Verschlimmerung ausgeht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_484/2014 vom 1. April 2015 E. 2.1).

Eine schlüssige und zweifelsfreie Beurteilung, ob der Gesundheitsschaden des Beigeladenen nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht, liegt nicht

vor.

E. 4.3

Nach dem Gesagten bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der beiden versicherungsinternen Beurteilungen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann und die Frage der Kausalität der noch bestehenden Beschwerden im Rahmen eines unabhängigen externen Gutachtens zu prüfen ist (vorstehend E.

1.4). Der angefochtene Einspracheentscheid

ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Das vorliegende Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit . a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 5.2

Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde darf o bsiegenden Behörden oder mit öffent lich-rechtlichen Aufgaben bet rauten Organisationen in der Re gel keine Parteientschädi gung zugesprochen werden. In Anwendu ng dieser Bestimmu ng hat das Bundesgericht der Suva und den privaten UVG-Versicherern so wie – von Sonderfällen abgesehen – den Krankenkassen keine Partei entschädigungen zuge sprochen, weil sie als Orga ni sa tionen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qua li fizieren sind (BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Demnach ist der Be schwerdeführerin entgegen ihrem Antrag (vgl. Urk. 1 S. 2) keine Parteient schädi gung zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheent scheid vom 2 5. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . Peter Philipp - Visana Versicherungen 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 Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannMeierhans

E. 8

-9). 3.2

Dem Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Z.____, vom 6. April 2016 (Urk. 10/3-4) ist als Befund eine mässiggradige Schwellung des gesamten OSG, eine Druckschmerzhaftigkeit lateral und medial, eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit sowie eine intakte DMS zu entnehmen. Die Magnetresonanztomographie (MRI) ergab einen ausgeprägten Erguss des OSG, eine Ruptur des lateralen und medialen Seitenbandapparates, einen osteochondralen Defekt der posterior-medialen Talusschulter mit freiem intraartikulärem Gelenkskörper sowie eine Impressionsfraktur der anterior-medialen Talusschulter und eine Fraktur der anterioren

Tibiakante. Dr. C.____

diagnostizierte eine schwere OSG-Distorsion rechts mit komplexer mediolateraler ligamentärer Verletzung, osteochondraler Läsion des medialen Talus mit freiem Gelenkskörper und Fraktur der anterioren

Tibiakante. Er empfehle ein operatives Vorgehen (S. 1). 3.3

Am 14. April 2016 wurde im Z.____

eine OSG-Arthroskopie mit Shaving, Débridement

des osteochondralen Defekts und der anterioren

Tibiakante, Spülung, Mikrofrakturierung der chondralen und osteochondralen Läsion der medialen Talusschulter sowie Raffender

Bandnaht

des medialen und lateralen

Malleolus rechts vorgenommen. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (vgl. Austrittsbericht vom 18. April 2016, Urk. 10/8-9 S. 1; vgl. auch Operationsbericht vom 29. April 2016, Urk. 10/12-13). 3.4

Im Bericht des Z.____ vom 27. Mai 2016 (vgl. Urk. 10/22) wird über einen regelrechten Verlauf sechs Wochen postoperativ berichtet. Es zeige sich bildgebend eine Valgusverkipfung des Talus in der Malleolengabel. Es bestehe noch eine gewisse laterale Instabilität des OSG. Ob diese relevant sei, könne erst nach Abschluss der Rehabilitation beurteilt werden. Ab dem 26. Mai 2016 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. 3.5

Anlässlich der Verlaufskontrolle im Z.____

zwölf Wochen postoperativ wurde ebenfalls über einen regelrechten Verlauf berichtet. Im Vergleich zur Voruntersuchung sei eine deutliche Abnahme der Schwellung mit reizlosen Narben zu verzeichnen. Der Beigeladene habe erzählt, dass die Beweglichkeit bezüglich der Dorsalextension präoperativ bei vorbestehender Peroneus

communis-Läsion nie besser gewesen sei (vgl. Bericht vom 11. Juli 2016, Urk. 10/28). 3.6

Mit Bericht vom 11. Oktober 2016 (Urk. 10/34-35) informierte Dr. C.____ über eine Zunahme der varischen Fehlstellung des rechten OSG. Der Röntgenbefund zeige eine Zunahme der varischen

Verkipfung des Talus in der Malleolengabel mit deutlich eingeschränktem Gelenkspalt medialseitig, eine erhöhte Transparenz im Bereich der medialen Talusschulter und neu

Osteophyten im Bereich des Talushalses . Dr. C.____

diagnostizierte eine rasch progrediente posttraumatische Varus -OSG-Arthrose rechts. Es bestehe die Indikation für einen erneuten operativen Eingriff (S. 1 f.). 3.7

Die Verlaufskontrolle bei Dr. C.____

vom 22. November 2016 ergab denselben Befund. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeige sich eine stationäre Stellung des Talus in der Malleolengabel mit varischer

Verkipfung und eine weitere Deformierung des osteochondralen Defekts der medialen Talusschulter . Die Ossifikation im Bereich des Talushalses habe deutlich zugenommen. Es bestehe eine rasche Progredienz der OSG-Arthrose. Aktuell sei der Beigeladene wenig symptomatisch, so dass die Indikation für eine chirurgische Therapie nicht gegeben sei. Bei Zunahme der Beschwerdesymptomatik werde eine

Arthrodeese empfohlen (vgl. Bericht vom 22. November 2016, Urk. 10/37-38 S. 1 f.). 3.8

Am

24. Januar 2017

beantwortete der Beigeladene die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen zu allfälligen Vorverletzungen . Dabei gab er an, dass sein Fuss aufgrund eines Unfalles, welcher sein Knie beschädigt habe, «gelähmt» gewesen sei. Zur Verbesserung der Lebensqualität

sei im Universitätsspital D.____

ein Sehnentransfer durchgeführt worden. Die Operation habe im Oktober 2004 stattgefunden . Im Zeitpunkt dieses Unfalles sei er arbeitslos und deshalb bei der Beschwerdeführerin unfallversichert gewesen (vgl. Urk. 10/41 Ziff. 1- 3). 3.9

Eine erste Beurteilung durch den beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , erfolgte am 16. Mai 2017 (Urk. 10/44-46) . Dieser erachtete es als befremdlich, dass lediglich im Bericht des Z.____ vom 11. Juli 2016

ein Hinweis zu finden sei, dass der Beigeladene eine relevante Vorgeschichte des Rückfusses aufweise. Anlässlich des Ereignisses vom 28. März 2016 sei es zu frischen Läsionen am medialen und in geringerem Ausmass auch am lateralen Kapselbandapparat gekommen. Aufgrund der MRI-Bilder mit ausgedehntem Weichteilödem über dem medialen Malleolus sei der hauptsächlich stattgehabte Mechanismus wahrscheinlich eine Rückfuss- Eversion (Pronation), wodurch es primär zu einem medialen Aufklappen des OSG gekommen und die mediale Talus schulter nicht unter Kompression gewesen sei. Die ausgedehnten Alterationen seien grösstenteils als vorbestehend zu beurteilen. Hierfür spreche neben ihrem bildgebenden Aspekt auch der Umstand, dass sich in der Belastungszone des tibialen Gelenkanteils keine relevanten ossären Veränderungen hätten erkennen lassen. Die Analyse der Aufnahmen der Computertomographie (CT) ergebe auch , dass die multiplen Ossikel , die sich medial und anterior im Gelenk zeigen würden, sich überwiegend wahrscheinlich seit 2004 kontinuierlich entwickelt hätten. Zusammenfassend habe der Beigeladene am 28. März 2016 eine schwere Rückfussdistorsion rechts erlitten, vorwiegend im Sinne eines Inversions traumas. Dadurch sei es zu einer relevanten Verletzung vor allem des medialen und auch des lateralen Kapselbandapparates gekommen,

welche operativ saniert worden sei. Gleichzeitig sei eine OSG-Arthroskopie mit intraartikulärem Débridement erfolgt, bei der allerdings im Wesentlichen ein pathologischer Vorzustand angegangen worden sei. Es sei zu einer stabilen Ausheilung der Bandrekonstruktion gekommen und innert zwei Monaten habe der Beigeladene wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht. Die in der Folge sich zunehmend entwickelnde OSG-Arthrose sei wiederum auf dem Boden des pathologischen Vorzustandes zu sehen. Das Ereignis vom 28. März 2016 habe demnach über wiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung im Sinne einer schmerzhaften Aktivierung, nicht aber zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt (S. 1 f. Ziff. 1).

Das Ereignis vom 28. März 2016 und die nachfolgend durchgeführte Operation hätten zu dauerhaften strukturellen Veränderungen am rechten Rückfuss geführt, sodass ein morphologischer Status quo sine lebenslang kaum mehr erreichbar sein werde. Von einem medizinischen Endzustand dürfe hingegen nach Ablauf von höchstens sechs Monaten und somit ab Ende September 2016 ausgegangen werden. Die im Weiteren noch anhaltenden Beschwerden und die deswegen ange dachten intraartikulären Operationen seien überwiegend wahrscheinlich aus schliesslich als unfallfremd und Folge der chronischen Veränderungen anzusehen (S. 2 f.

Ziff. 3.b). 3.10

Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, med. pract . B.____, Facharzt für Anästhesiologie, nahm am 11. August 2017 eine versicherungsmedizinische Beurteilung (Urk. 10/54-56) vor und widersprach dabei der Einschätzung von Dr. A.____. Als Begründung gab er an, dass die anlässlich der Röntgenuntersuchung vom 11. Oktober 2016 festgestellten Osteophyten im Bereich des Talus halses auf den Voraufnahmen nicht nachweisbar gewesen seien, sodass die natürliche Kausalität zum schweren Supinationstrauma vom 28. März 2016 über wiegend wahrscheinlich gegeben sei. Die Arthroskopie vom 14. April 2016 habe ein überdurchschnittliches Verletzungsmuster objektiv dokumentiert. Der Verweis auf das Ereignis vom Jahr 2004 sei irrelevant, da keinerlei Brückensymptomatik bis zum Ereignis vom 28. März 2016 dokumentiert sei. Die im Jahr 2004 erlittene Nervenlähmung begünstige die in der Arthroskopie dokumentierten Verletzungen zwar massgeblich, sei aber ein eigenständiges Krankheitsbild. Die beklagten Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal auf das Ereignis vom 28. März 2016 zurückzuführen. Die seit 2004 bestehende Nervenlähmung des rechten Fusses erkläre die Schwere des Verletzungsmusters (S. 2 f.).

3.11

Am 10. Oktober 2017 nahm Dr. A.____ Stellung zu den Ausführungen von med. pract . B.____ (Urk. 10/62).

Dabei hielt er zunächst fest, dass dessen Qualifikation für die Beurteilung von Verletzungen am Bewegungsapparat als Facharzt für Anästhesiologie zweifelhaft sei. Hinsichtlich des Hinweises von med. pract . B.____ auf neue Osteophyten am Talushals erklärte Dr. A.____, dass sich im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 25. Mai 2016 keine relevanten Veränderungen des Zustandes gezeigt hätten, auch wenn solche vom Fusschirurgen des Z.____ pos tuiert würden. Die leicht veränderte Darstellung sei in erster Linie der nicht ganz identischen Fusshaltung sowie der Projektion geschuldet und zeige weiterhin vergleichbare Alterationen, wie sie schon zuvor bestanden hätten. Zur gerügten Brückensymptomatik führte Dr. A.____ aus, dass eine seit dem Jahr 2004 bestehende dauerhafte Nervenlähmung

mit durchgeführtem Sehnentransfer weiter hin vorhanden sei, auch wenn sie nicht regelmässig ärztlich kontrolliert und dokumentiert werde. Schliesslich hielt Dr. A.____ fest, dass sich med. pract . B.____

nicht differenziert mit den biomechanischen Erläuterungen zum Unfallhergang auseinandergesetzt habe . Der stattgehabte Mechanismus sei wahrscheinlich eine Pronation beziehungsweise

Eversion aufgrund der vorbestehenden deutlich veränderten Anatomie gewesen. Der Umstand, dass in der Folge der bereits bestehende relevante pathologische Vorzustand symptomatisch geworden sei, stehe mit dem Ereignis vom 28. März 2016 überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang. 3.12

Eine erneute versicherungsmedizinische Beurteilung durch med. pract . B.____ erfolgte am 17. November 2017 (Urk. 10/75-76) . Dieser kam zum Schluss , dass sich das bei einem Supinationstrauma resultierende Verletzungsmuster auch beim Beigeladenen zeige . So seien die lateralen Bandanteile als Folge des ereignis bedingten Zuges gerissen und es habe eine Kompression des Talus medialseitig mit Fraktur und Knorpelschaden als Folge der Kompression stattgefunden. Hinsichtlich der degenerativen Osteophyten

war sich med. pract . B.____ nun mit Dr. A.____ einig , da diese im CT vom 28. März 2016 bereits klar erkennbar gewesen und damit als ereignisfremd zu beurteilen seien. Das von Dr. A.____

postulierte Eversionstrauma sei hingegen objektiv nicht ausgewiesen und lasse sich mit dem Befund des MRI vom 31. März 2016 widerlegen. Insbesondere sei die medialseitige Talus-Kompressionsfraktur bei unauffälligem lateralen Anteil des Talus von Dr. A.____ negiert worden. Dies sei als Defektheilung zu beurteilen und gelte als

präarthrotische Deformität mit der Folge einer verstärkten sekundären Arthrose. Anhand der biomechanischen Erläuterungen und der apparativ ausgewiesenen Folgen sei das Ereignis vom 28. März 2016 überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal als erhebliche richtungsweisende Verschlimmerung zu beurteilen (vgl. S. 2). 3.13

Am 16. Januar 2018 nahm Dr. A.____

nochmals Stellung (Urk. 10/85-89). Dabei erklärte er, dass die von med. pract . B.____ allgemein formulierte Interpretation eines Zustandes bei einer Läsion des Nervus

peroneus nicht unbeschadet auf den Beigeladenen übertragen werden dürfe, bei welchem eine deutlich veränderte Ausgangslage bestanden habe. So habe beim Beigeladenen nicht nur der Fuss gehoben werden können, sondern es habe als Folge der (gewollt) deutlich veränderten Funktion des Musculus

tibialis

posterior auch die Tendenz zu einer spontan leichten Eversion (Pronation) des Rückfusses resultiert, verbunden mit dem zumindest längerfristigen Risiko zur Entwicklung eines zunehmend valgischen Rückfusses (Knicksenkfuss). Dies könne als gewisser Schutz vor Supinations - beziehungsweise Inversionstraumata angesehen werden .

Beim Beigeladenen habe im Vergleich zum Fuss einer Durchschnittsperson ohne Peroneusschädigung eine verstärkte Tendenz für ein Eversionstraumata bestanden (S. 1).

Auch die Analyse des MRI vom 31. März 2016 zeige, dass der Beigeladene überwiegend wahrscheinlich ein Eversionstrauma des Rückfusses erlitten habe. Dies zeige sich an der Weichteilschwellung, welche

medial deutlich stärker ausgeprägt sei als lateral. Eine solche Veränderung entwickle sich als Folge einer Zerreissung, nicht aber einer Stauchung von Weichteilstrukturen, was auf ein Aufklappen vorwiegend der Innenseite (Eversionstrauma) schliessen lasse. Auch die knöchernen Strukturen würden nichts daran ändern. So sei es zwar korrekt, dass nach einem Inversionstrauma mit Aufklappen des lateralen Gelenkspalts nach knöchernen Veränderungen im medialen Bereich zu suchen sei. Dabei handle es sich allerdings um eine Quetschung nicht nur des medialen Talusdoms, sondern auch der gegenüberliegenden tibialen Gelenkfläche. Es sei nahezu ausgeschlossen, dass es durch diese heftigste Quetschung medial an der Gelenkfläche des Talus zu einer Fraktur von Knorpel und Knochen gekommen sein solle, jedoch an der gegenüberliegenden tibialen Gelenkfläche keine Spuren des stattgehabten Traumas zu finden seien, wie dies beim Beigeladenen der Fall sei. Im Weiteren zeige auch die knöcherne Binnenstruktur des Talus selbst, dass die bestehenden Veränderungen überwiegend wahrscheinlich älteren Datums seien (S. 1 f.). 3.14

Eine erneute versicherungsmedizinische Beurteilung durch med. pract. B. ___ erfolgte am 8. Juni 2018 (Urk. 17/11). Dabei vertrat er die Auffassung, dass Dr. A. ___ bestätigt habe, dass es dem Beigeladenen nicht mehr möglich gewesen sei, den äusseren Fussrand aktiv anzuheben. Weiter hielt med. pract. B. ___ fest, dass dieser residuelle Funktionszustand in seinen Beurteilungen berücksichtigt worden sei. Der Beigeladene habe auf der Basis seines Vorzustandes ein schweres Supinationstrauma des rechten Fusses erlitten, welches ein überproportionales Schädigungsbild verursacht habe. Die Gründe hierfür seien der Verlust der Möglichkeit einer aktiven Pronation des Fusses, die kinetische Energie, welche sich aus der horizontalen Geschwindigkeit, der Fallhöhe und des vermehrten Körpergewichts zusammengesetzt habe, in Kombination mit dem Bewegungsablauf des Sturzes. Diese Beurteilung stütze sich auf die körperliche Untersuchung des Beigeladenen, welche eine Schwellung des lateralen Malleolarrandes dokumentiert habe, sodass ein Supinationstrauma überwiegend wahrscheinlich sei. Der Status quo sine sei nicht erreicht.

Das Ereignis vom 28. März 2016 sei überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal als erhebliche richtungsweisende Verschlimmerung zu beurteilen (vgl. S. 3 f.). 3.15

Schliesslich nahm Dr. A. ___ am 21. August 2018 abermals Stellung (Urk. 24). Dabei erklärte er erneut seine biomechanischen Überlegungen und seine Interpretation der MRI-Bilder vom 31. März 2016. Er hielt fest, dass med. pract. B. ___ keine plausible Argumentation vorbringe und die seit (mindestens) 2004 bestehenden morphologischen Veränderungen weitestgehend ausblende (S. 1 ff.). 4.

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