

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00289

vom 8. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00289

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00289 du 8 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00289 del 8 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, arbeitet seit Oktober 2001 als Releasemanagerin bei der Y.____ AG und ist über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA) obligatorisch unfallversichert. Am 14. Mai 2016 rutschte sie aus und erlitt gemäss Bericht der Notfallpraxis des Kantonsspitals Z.____

vom 15. Mai 2016 ein Supinationstrauma im linken oberen Sprunggelenk (OSG) bei einem Verdacht auf eine Läsion des Ligamentum calcaneofibulare (Urk. 10/A1, 10/M2). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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). 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 14. Mai 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

Gemäss Art.

E. 1.3

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 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. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5

Gemäss Art.

E. 1.6

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

E. 1.7

Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4, Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE

134 V 145). Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt indes keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden

konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.8

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE

125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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). 2.

E. 2

Dagegen liess X.____ am 30. November 2018 Beschwerde erheben und beantragen, es seien ihr unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Formell ersuchte sie um Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 22. März 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), wovon der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. März 2019 Kenntnis gegeben und gleichzeitig mitgeteilt wurde, dass das Gericht die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte, es ihr jedoch unbenommen sei, sich erneut zur Sache zu äussern (Urk. 12).

Auf die Vorbringen der Parteien und die Akten wird, soweit für die Entscheidung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht für die am 24. Februar 2017 gemeldeten Beschwerden damit, dass diese in beweisrechtlicher Hinsicht unter dem Gesichtspunkt eines Rückfalls zu prüfen seien, nachdem sie den Fall zu Recht formlos abgeschlossen habe und keine Brückensymptome vorgelegen hätten. Die erst im Oktober respektive November 2017 bildgebend festgestellten Veränderungen der

Peroneussehne hätten nicht einen Riss der Sehne, sondern vielmehr lediglich eine Ausdünnung derselben objektiviert. Der Erstbefund nach dem Unfall vom 14. Mai 2016 und der danach dokumentierte gute Verlauf liessen sich nicht in Einklang bringen mit den vom Orthopäden Dr. med. B.____ über ein Jahr nach dem Unfall diagnostizierten Veränderungen der Sehne. Auch handle es sich dabei nicht um eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (in der seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung). Selbst wenn aber vom Vorliegen einer Listenverletzung auszugehen wäre, wäre diese

gemäss Dr. A.____ vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen.

Auch eine nachträgliche medizinische Abklärung würde rückwirkend keine weiteren Erkenntnisse bezüglich der Frage, ob die bildgebend erhobenen Befunde vom Oktober und November 2017 angesichts der abweichenden Erstdiagnose tatsächlich auf das versicherte Ereignis zurückzuführen seien, ergeben (Urk. 2 S.

6 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin führt dagegen im Wesentlichen aus, dass der Fall ab schluss offensichtlich verfrüht erfolgt sei und aktienkundig Brücken symptome vorgelegen hätten, weshalb die Beweislast hinsichtlich des Status quo ante bei der Beschwerdegegnerin liege, mithin die Leistungspflicht unter dem Titel «Grundfall» zu prüfen sei. Da eine von der versicherungsinternen Beurteilung von Dr. A.____ gänzlich abweichende Einschätzung des Facharztes für Orthopädie und Traumatologie, Dr. B.____ , vorliege, welche mindestens geringe Zweifel an der Einschätzung von Dr. A.____ hervorrufe, seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 7 ff.). 3. 3 .1

Gemäss Anamnese im Bericht der Notfallpraxis des Z.____

vom 15. Mai 2016 habe die Beschwerdeführerin beim Gehen den linken Fuss nach aussen eingeknickt und dabei einen «Knall» gehört. Die radiologische Bildgebung habe keine ossären Läsionen gezeigt. Die Motorik im oberen Sprunggelenk (OSG) sei eingeschränkt gewesen, das untere Sprunggelenk (USG) sowie die Digiti ohne Befund. Am malleolus lateralis sowie an der Basis des Os metatarsale V seien Druckdolenz

vorgelegen. Die Diagnosen lauteten auf ein Supinationstrauma des OSG links bei einem Verdacht auf eine Läsion des Ligamentum calcaneofibulare und ein Lymphödem am linken Unterschenkel und Fuss . Neben einer medikamentösen Behandlung wurde n der Beschwerdeführerin das Tragen eines Supro

Ankles für insgesamt 6 Wochen und eine St ockentlastung unter Thromboseprophylaxe empfohlen. Zur empfohlenen Verlaufskontrolle beim Hausarzt Mitte der folgenden Woche (Urk. 10/M2) war die Beschwerdeführerin gemäss Notiz zur telefonischen Auskunft der medizinischen Praxisassistentin des Hausarztes Dr. med. C.____ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 25.

September 2018 nicht erschienen . Vielmehr habe die Beschwerdeführerin am 19. Mai 2016 telefonisch mitgeteilt, dass es bezüglich des linken Fusses gut gehe und sie sich bei Bedarf wieder melde. Wegen der linksseitigen Beschwerden habe sie Dr.

C.____ erst wieder am 8. September 2017 aufgesucht (Urk.

10/M15). 3.2

Dr. med. D.____ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, E.____ , welcher bei der Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2014 eine operative Rückfuss stabilisierung rechts (Urk. 3/7) und am 15. Januar 2016 eine OSG-Revision rechts durchgeführt hatte (Urk. 10/M1 S. 2 f.), notierte in seinem Verlaufsprotokoll aufgrund der Kontrolle vom 16. Januar 2017 einen guten Verlauf postoperativ rechts. Jedoch habe die Beschwerdeführerin erklärt, sie fühle sich seit dem Supinationstrauma vom Mai 2016 auf der linken Seite immer wieder instabil, habe eine Tendenz zum Umknicken und ver spüre ein hörbares

Knacken oder Schnappen im Bereich des posterolateralen Unterschenkels. Dr. D.____ erhob palpatorisch Druckdolenz im Bereich des lateralen Bandapparates und im Bereich der Peronealsehnen, wobei diese anatomisch hinter der Fibula lägen und eine Luxationstendenz nicht provoziert werden könne. Zudem lägen eine deutlich vermehrte laterale Aufklappbarkeit bei hartem Anschlag und ein

Talusvorschub vor. Weiter notierte Dr. D.____

Druckdolenz über dem anteromedialen OSG bei ansonsten guter Beweglichkeit und intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität. Bei deutlicher Instabilität links und einem Verdacht auf eine Peronealsehnensubluxation sah er eine Indikation zur operativen Stabilisierung als gegeben (Urk. 10/M1 S. 3). 3.3

Anlässlich eines Telefongesprächs vom 24. Februar 2017 der zuständigen Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin betreffend den Verlauf des rechten Fusses erklärte die Beschwerdeführerin, der linke Fuss bereite ihr nun vermehrt Beschwerden. Sie führe dies auf das Ereignis vom 14.

Mai 2016 zurück; eventuell komme es im November 2017 zu einer Operation (Urk. 10/A5). 3.4

Ein am 2. Oktober 2017 durchgeführte MRI -Untersuchung liess gemäss Eintrag im Verlaufsprotokoll von Dr. D.____ eine Peronealsehnentendinopathie mit Verdickung im Bereich über dem Os cuboideum, ansonsten

keine degenerativen Veränderungen

erkennen (Urk. 10/M4). 3.5

Dr. A.____ stellte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 auf den Standpunkt, die erhobenen Befunde stünden möglicherweise in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. Mai 2016, nicht aber die geplante operative Behandlung. Das MRI vom 2. Oktober 2017 zeige lediglich eine Peronealsehnentendinopathie mit Verdickung im Bereich über dem Os cuboideum, wobei die Veränderung als degenerativ bezeichnet würde; dieser Befund rechtfertige unfallbedingt sicherlich keine lateralisierende

Kalkaneusosteotomie und auch keine Arthroskopie (Urk. 10/M5). 3.6

Dr. B.____, bei welchem sich die Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2017 zur Zweitmeinung betreffend das von Dr. D.____ vorgeschlagene operative Vorgehen vorstellte, schloss in seinem Bericht vom 16. Oktober 2017 gestützt auf das MRI vom 2. Oktober 2017 kontrastierend mit den klinischen Befunden einer lateralbetonten Rückfussinstabilität das Vorliegen einer sicheren Bandläsion sowohl medial als auch lateral aus, zog aber differentialdiagnostisch eine funktionelle Instabilität in Betracht, welche einerseits durch die Hohlfussdeformität, andererseits durch die (posttraumatische) Peronealsehnensläsion begünstigt sei. Der MRI-Befund der Sehne sei zwar nicht beeindruckend, das Os peroneum aber proximalisiert, was gar an eine echte Ruptur der Sehne mit versuchter Heilung denken lasse (Urk. 10/M6). 3.7

Eine am 3. November 2017 in der Klinik E.____ erstellte Computertomographie (CT) des OSG links führte gemäss Prof. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Radiologie, zum Befund von in der Peroneus longus Sehne abgerundeten zwei geteilten Os peroneum Strukturen auf Höhe des peronealen

Tuberkulums . Distal an der normalen Stelle des Os peroneum sei eine kleine Rest knochen schuppe; die Sehne zwischen retrahiertem mehrfach geteiltem Os

peroneum und dem distalen Rest des Os peroneum sei stark ausgedünnt und entspreche einer Ruptur passend zum Unfallereignis vom Mai 2016 (Urk.

10/M10). 3.8

Auch Dr. B.____ folgerte in seiner Stellungnahme vom 17. November 2017 zu Händen der Beschwerdeführerin, dass der Befund und der CT-Aufnahmen absolut zu einer Ruptur der Sehne ein Jahr zuvor passe . Auch sei das Röntgenbild der Notfalluntersuchung vom Unfalltag, welches ihm vorliege, mitnichten als normal zu interpretieren; es zeige klar ein proximalisiertes Os peroneale mit kleinen Restverknöcherungen am ursprünglichen Ort am Umschlagspunkt in der cuboidalen

Grube und suggeriere eine akute Peroneus longus Sehnenruptur am Prädilektionsort des Os peroneale . Dies passe zum Unfallmechanismus, zum hörbaren Knall und den unmittelbaren Schmerzen; die Diagnose sei schlicht und einfach verpasst worden (Urk.

10/M11). 3.9

Dr. A.____ nahm am 27. November 2017 neuerlich Stellung und sprach sich angesichts der bescheidenen Erstbefunde gegen ein gröberes Distorsionsstrauma aus , welches geeignet gewesen wäre , die von Dr. B.____ diagnostizierten Veränderungen hervorzurufen. Auch sei nicht klar, dass sich ein Supinationstrauma ereignet habe; hierfür könne lediglich die Schilderung der Beschwerdeführerin nachgezogen werden. Insbesondere stelle sich die Frage, ob das Supinationstrauma geeignet gewesen wäre, die geschilderten Verletzungen hervorzurufen. Diesbezüglich bestehe, wenn überhaupt, nur die Möglichkeit. Im MRI vom 2. Oktober 2017 werde zudem lediglich eine Tendinopathie der Peroneus longus Sehne beschrieben, was dem typischen Befund einer Degeneration entspreche. Eine Peronealsehnenriss quer und werde bei einem Trauma nicht ausgedünnt. Die Unfallkausalität sei angesichts der nicht adäquaten Erstbefundung , der langen Zeit zur Notwendigkeit einer Behandlung und aufgrund der nicht traumatisch veränderten Peronealsehne abzulehnen, da hierfür lediglich eine nicht ausreichende Möglichkeit der Kausalität bestehe (Urk.

10/M13).

Hieran hielt er mit Stellungnahme vom 15. Oktober 2018 fest und erklärte, eine leistungsbegründende Kausalität zwischen den am 2. Oktober und 3. November 2017 erhobenen bildgebenden Befunden und dem geschilderten Ereignis könne im Lichte der rechtzeitig erhobenen Befunde nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Das MRI vom 2. Oktober 2017 stütze diese Beurteilung mit dem Schluss auf eine Tendinopathie , respektive Stressreaktion des Peroneus longus auf Höhe des Os peroneum mit unspezifisch ödematösen subkutanen Veränderungen. Zusammenfassend würden die CT- und MRI-Befunde deutliche degenerative Veränderungen zeigen; eine Ausdünnung der Sehne sei ein typisches Zeichen für eine Degeneration, nicht ein Zeichen für eine traumatische Läsion. Daran ändere auch die Restknochenschuppe nichts; das Os peroneale sei anlagebedingt mehrgeteilt und es könne sich hierbei ebenfalls um einen Teil dieses Knöchelchens handeln . Die Klinik sei nicht passend und eine Ruptur werde nicht gesehen. Die Ausdünnung der Peronealsehne könne nach Durchsicht der Bildgebung vom 3. November 2017 bestätigt werden; daraus

einen Riss abzuleiten, sei aber nicht nachvollziehbar (Urk. 10/M18). 4. 4.1

Der beweisrechtliche Einwand der Beschwerdeführerin , wonach es sich bei den im Februar 2017 gemeldeten Beschwerden im linken Fuss

um die weitere Abwicklung des Grundfalls vom 1 4. Mai 2016 handelt , weshalb die Unfallversicherung für einen behaupteten Wegfall der Kausalität belastet sei, verfangt nicht. Der ursprüngliche Unfall wurde administrativ formlos respektive gemäss Aktenlage ohne Mitteilung abgeschlossen, was angesichts des Umstandes, dass gemäss Unfallmeldung vom 1 9. Mai 2016 keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat (Urk. 10/A1; im Bericht des Z.____ vom 1 5. Mai 2016 wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 1 4. bis 1 8. Mai 2016 attestiert, Urk. 10/M2 S. 2)

und den Akten nach der vom Z.____ verordneten Heilbehandlung bis zur Meldung im Februar 2017 kein erlei Hinweis auf weitere Behandlungen zu entnehmen sind und auch nicht behauptet werden , nicht zu beanstanden ist, musste doch die Beschwerdegegnerin im Sommer 2016 nicht davon ausgehen, es werde eine weitere Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 1 4. Mai 2016 auftreten (E. 1.7).

Die Beschwerdegegnerin ging

denn auch von einem Rückfall aus (Art.

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 11

S. 2) ;

Dr. A.____

schloss dagegen auf einen typischen Befund und einer Degeneration der Sehne

und damit auf keine unfallbedingte strukturelle Verletzung (E. 3.9).

Zwar handelt es sich bei der Interpretation der MRI- wie auch der CT-Diagnostik zur Beurteilung der Kausalitätsfrage lediglich um ein Beurteilungskriterium unter vielen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 1 4. April 2020 E. 5.3). Auch ist Dr. A.____ darin zuzustimmen ist, dass der bescheidene Erstbefund und die lange Latenz bis zur Notwendigkeit einer Behandlung respektive bis zur erstmals ärztlich in Zusammenhang mit einer allfälligen Peroneusehnenpathologie

dokumentierten Symptomatik im Januar 2017 durch Dr. D.____ fraglich erscheinen lassen, ob sich eine Unfallkausalität nachträglich erstellen lässt. Dennoch kann angesichts der nicht offensichtlich unzulänglichen fachärztlichen Beurteilungen von Dr. F.____ und Dr. B.____ , welche zumindest geringe Zweifel (E. 1.8) an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen von Dr. A.____ aufkommen lassen, nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 1 4. Mai 2016 eine Sehnenverletzung zugezogen

hat, auf welche die nunmehrige, rückfallweise zu prüfende Symptomatik zumindest teilweise zurückzuführen ist. So kann das Gericht mangels entsprechendem Fachwissen angesichts der divergierenden ärztlichen Meinungen insbesondere nicht beurteilen, ob die in den CT-Aufnahmen vom 3.

November 2017 festgestellte starke Ausdünnung der Sehne zwischen dem retrahierten und mehrfach geteilten Os peroneum und dem distalen Rest desselben unter Berücksichtigung der übrigen Befunde, so auch der bildgebend festgestellten Restknochenschuppe – wie von Dr. F.____ und Dr. B.____ vertreten – auf eine stattgehabte Ruptur der Sehne, oder im Gegenteil – wie von Dr. A.____ vertreten – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Degeneration der Sehne schliessen lassen. Dass Dr. D.____ noch am 2. Oktober 2017 gestützt auf das MRI vom selben Tag wie Dr. A.____ auf eine Peronealsehnen tendinopathie schloss (Urk. 10/M4 S. 3), ändert hieran nichts, lag dieser Beurteilung doch der Befund aus der CT Diagnostik vom 3. November 2017 nicht zugrunde.

Sodann lässt sich bei der gegebenen Aktenlage nicht rechtsgenügend beurteilen, ob eine allfällig stattgehabte

Sehnenruptur durch ergänzende medizinische Abklärungen im Sinne eines externen Gutachtens nachträglich erstellbar ist oder nicht. Von einer Beweislosigkeit in Bezug auf die beim Unfall vom 14. Mai 2016 erlittenen Verletzungen auszugehen, rechtfertigt sich angesichts der von Dr. F.____ und Dr. B.____ klar befürworteten unfallkausalen Strukturverletzung jedenfalls (noch) nicht. Entsprechend fehlt es am Vorliegen eines feststehenden medizinischen Sachverhalts, welcher aber Voraussetzung für die Beweiseignung blosser Aktenberichte, wie derjenigen von Dr. A.____,

ist (E.

4.2.1).

Entsprechend erweist sich die Einholung eines externen fussorthopädischen

Gutachtens als unabdingbar. Die Sache ist hierfür an die Beschwerdegegnerin, welche bis anhin keine externe Begutachtung im Sinne von Art. 44 ATSG veranlasst hat, zurückzuweisen. Sollte sich der Verdacht auf eine stattgehabte (Teil-) Ruptur der Peroneus longus Sehne bestätigen, nicht aber die Unfallkausalität derselben, wäre die Beschwerdegegnerin gehalten abzuklären, ob allenfalls ein Leistungsanspruch aufgrund einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG in der seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung respektive aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV in den bis 31. Dezember 2016 in Kraft gestandenen Fassungen vorliegt.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer

Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheidet. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nadja Hirzel - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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