

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00188

vom 3. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00188

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00188 du 3 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00188 del 3 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

3. Januar 2020 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen (Urk. 10/27). Die vom zuständigen Krankenversicherer (Urk. 10/35) sowie die vom Versicherten am 6. Februar 2020 erhobene Einsprache (Urk. 10/45) wies die Suva am

E. 1.1

UV170180 Unfallbegriff, Gesetzestext 08.2018 Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

UV170040 Gegenstand der Unfallversicherung, Gesetzestext, gültig ab 1.1.2017 08.2018 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit . a), Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

UV170230 Unfallähnliche Körperschädigung, Listenverletzung, gesetzliche Vermutung der Leistungspflicht, Befreiung von der Leistungspflicht, gültig ab 1.1.2017 12.2019 Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Gemäss BGE 146 V 51 ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zu letzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) - auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind so mit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6). UV170230

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 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 weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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. 1.4

UV170060 Kausalzusammenhang natürlich, Vorzustand krankhaft, Beweiswürdigung 01.2015 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 publizierte 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 überwiegen den 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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei 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). UV170060

E. 1.5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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). UV170510

E. 1.6

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 08.2018 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 Versicherer alleine 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

versicherungsin ternen 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).
UV170530

E. 2

Der Versicherte erhob am 10. September 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 22. Juli 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufgehoben und es seien ihm auch über den 13. Januar 2020 hinaus die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu gewähren, namentlich Unfalltaggelder (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei eine unabhängige externe Begutachtung betreffend Kausalität und Arbeitsfähigkeit zu veranlassen (S. 2 Ziff. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2020 (Urk. 9) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 21. Dezember 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss Beurteilung durch Kreisarzt Dr. Z.____ werde die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt habe und ob insbesondere der Schaden, welcher operiert werde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei, verneint. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen (S. 6 f.). Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen könne mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Sehnenläsion und die über den 3. Januar 2020 hinaus bestehenden Fussbeschwerden rechts nicht auf das Ereignis vom 19. November 2019 zurückzuführen seien (S. 8).

Es müsse davon ausgegangen werden, dass die diagnostizierte Sehnenläsion nicht durch das Ereignis vom 19. November 2019 verursacht worden sei. Damit müsse auch als erstellt gelten, dass dieser Gesundheitsschaden zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei, weshalb die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), die Einschätzung von Dr. Z.____ sei offensichtlich eine versicherungsinterne Beurteilung und ein reiner Akten-Bericht (S. 6).

Dieser sei zum Urteil gelangt, dass in der Zusammenschau der MRI-Bildgebung zeitnah zum Ereignis und der anatomisch exakt zuordenbaren Region der Läsion anhand des Operationsberichts ausgeschlossen werden könne, dass hier ein spitzflächiger direkter Kontakt zwischen Sehne und Rolltreppe überwiegend wahrscheinlich sei (S. 7).

Sein behandelnder Arzt Dr. A.____ weise hingegen darauf hin, dass die Beschriftung des MRI-Schnittbildes durch Dr. Z.____ falsch und deshalb irreführend sei. Weiter führe Dr. A.____ aus, die Behauptung, wonach eine scharfkantige Verletzung die Peroneus

longus

Sehne nicht allein verletzen könne, ohne auch die Peroneus

longus

Sehne zu schädigen, sei nicht begründet. Die Peroneus

longus

Sehne habe eine sehr exponierte Lage am Rückfuss lateral. Sodann habe der Beschwerdeführer zwar einen vorbestehenden Längssplitt der Sehne gehabt, diese seien aber sehr oft asymptomatisch. Die Beschwerden seien nicht auf den Längssplitt zurückzuführen, sondern auf die zusätzliche akute Verletzung der Peroneus

longus

Sehne, welche zweifelsfrei durch das schädigende Trauma vom 19. November 2019 verursacht worden sei (S. 8). Zuletzt weise Dr. A. ___ darauf hin, dass hinlänglich bekannt sei, dass ein scharfkantiges Trauma sehr wohl zu einer Sehnenverletzung führen könne, ohne gleichzeitig eine offene Verletzung der Haut zu bewirken. Das werde als geschlossene traumatische Sehnen durchtrennung bezeichnet. Zusammenfassend weise die Beurteilung durch

Dr. Z. ___ Mängel in Anatomie und MR-Diagnostik auf (S. 8 f.). Folglich sei auf die schlüssige Beurteilung durch

Dr. A. ___ abzustellen, womit im Hauptstandpunkt von einer erstellten Kausalität der Beschwerden nach dem 3. Januar 2020 zum Unfall vom 19. November 2019 und einer andauernden Leistungspflicht ausgegangen werde (S. 9).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 13. Januar 2020.
3. 3.1

Die MRI-Untersuchung des

oberen Sprunggelenks (OSG) nativ rechts vom 27. November 2019 ergab eine geringe Traumatisierung des lateralen Bandapparates am OSG

mit Partialruptur des Ligamentum talofibulare

anterius und Ligamentum fibulokalkaneare, einen Längssplitt der Sehne des Peroneus

longus mit vermehrtem Erguss in der Sehnenscheide, intakte ossäre Strukturen, ein diffuses Weichteilödem kaudal vom Malleolus

lateralis sowie an der lateralen Fussbeugung sowie gering bis mässig vermehrte Erguss im OSG und USG (Urk. 10/20).

3.2

Dr. med. A. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Fusschirurgie, Gelenkzentrum B. ___ , berichtete am 10. Dezember 2019 (Urk. 10/10) über die Konsultation des Beschwerdeführers vom gleichen Tag und nannte folgende Diagnosen: - Verdacht auf hochgradige Läsion sowohl der Peroneus

brevis wie auch der Peroneus

longus Sehne rechts - Status nach Rückfussdistorsion mit direkter Kontusion inframalleolär lateral rechts am 19. November 2019

Er führte aus, der Beschwerdeführer berichte

über ein Distorsionstrauma auf einer Rolltreppe, wo es neben dem Supinationsereignis auch direkt zu einer Kontusion der spitzzackigen Trittkante im Bereich des Rückfusses lateral rechts gekommen sei. Initial habe er noch belasten können, nach einigen Stunden seien massive Schmerzen aufgetreten sowie eine Schwellung und auch ein Hämatom

(S. 1) . Bei Zustand nach Rückfussdistorsionstrauma rechts und Kontusion durch eine scharfe Trittkante einer Rolltreppe am lateralen Rückfuss habe sich der Beschwerdeführer eine hochgradige Läsion im Bereich der Peronealsehnen -Loge zugezogen. In dieser Situation, wo es um allenfalls eine Operationsindikation gehe, sei eine MRI-Untersuchung in Bauchlage zu wiederholen (S. 2). 3.3

Die MRI-Untersuchung des

oberen Sprunggelenks (OSG) nativ rechts vom 18. Dezember 2019 ergab einen

langstreckigen Längsriss der Peroneus

longus Sehne von retromalleolär bis zum Os cuboideum reichend, eine regelrechte Darstellung der Peroneus

brevis Sehne sowie der Flexoren und Extensorensehnen, eine reaktive Tendovaginitis der Peroneus

longus mehr als der Peroneus

brevis Sehne, eine ossäre Stressreaktion am prominenten Tuberculum

peroneale ohne Nachweis von Frakturen, eine leichte Ausdünnung des anterioren talofibularen

und calcaneofibularen Ligamentum am lateralen OSG, Differentialdiagnose Status nach Partialruptur, sowie eine intakte vordere und hintere Syndesmose sowie einen medialen Bandapparat (Urk. 10/19). 3.4

Dr. A. ___ berichtete am 18. Dezember 2019 über die Besprechung der MRI-Untersuchung (Urk. 10/21) und führte aus, die Läsion der Peroneus

longus Sehne werde kaum spontan ausheilen. In dieser Situation sei die Indikation für ein operatives Vorgehen klar gegeben. 3.5

Dr. med. Z. ___, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva-Kreisarzt, nahm am 23. Dezember

2019 Stellung (Urk. 10/22) und führte aus, der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Bildgebend hätten keine strukturellen Läsionen, welche nach derzeitigem medizinischem Wissensstand überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien, dargestellt werden. Es handle sich nach derzeitigem medizinischem Wissensstand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorhandene pathologische Veränderungen, welche vorübergehend verschlimmert worden seien. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen, der Status quo sine nach Prellung/Zerrung. 3.6

Suva-Kreisarzt Dr. Z. ___ nahm am 7. Januar 2020 Stellung (Urk. 10/26), wiederholte seine Ausführungen vom 23. Dezember 2019 und fügte an, dass es sich bei einer Peronealsehne um eine Gleitsehne handle, welche als Zugsehne funktioniere. Bei einer

Zug- und Gleitsehne komme es am knöchernen Umlenk punkt häufig zu Strukturveränderungen, welche im Verlauf durch mikromechanische Belastungen zu einer Texturstörung, Tendovaginitis, Tendinose und zu einem Längssplitting führen könnten. Die zuvor fest miteinander verbundenen Längsfasern lösten sich aus ihrem Verbund und es entstünden mikroskopische Risse in den Querverbindungen zwischen den Längsfasern, und ähnlich wie bei einer Nylonstrumpfhose komme es im Verlauf zu einem Längssplitting, einer Laufmasche sehr ähnlich von der Entstehungsgeschichte. Auf mikroskopischer Ebene handle es sich um eine periodische Überlastung, welche zum Zelltod führe, sofern die körpereigenen Reparationskräfte in der Lage seien, dies zu kompensieren, komme es zu einer Reparatur. Bei Versagen der Reparatur komme es im Verlauf zu einer sogenannten Degradation des Zellverbundes und es entwickle sich eine Tendinopathie. Synonymbegriffe seien die Tendinose und die Texturstörung. Zusammenfassend handle es sich bei der Peronealsehne um eine Zug- und Gleitsehne, welche in der kritischen Zone am Malleolus

lateralis eine Zug richtungsänderung um 90° durchführen

müsse, und es an dieser Stelle zu einer Tendinose mit Luxationstendenz und im Verlauf Längssplitting

der

Peroneal sehnen kommen könne, wie im gegenständlichen Fall die Peroneus

longus

Sehne betreffend. Diese 90°-Umleitung der Zugrichtung führe dazu, dass Sehnen-Splitting die häufigste Krankheit neben der Tendovaginitis/Sehnenscheidenentzündung der Peronealsehnen sei.

Bei bildgebend fehlenden signifikanten Begleitverletzungen der stabilisierenden Bänder des oberen und unteren Sprunggelenks und bei fehlenden degenerativen Veränderungen im oberen und unteren Sprunggelenk und fehlenden Frakturen im gegenständlichen Fall und in der Vergangenheit müsse somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es sich beim Längssplitting um eine Krankheit der Peroneusehne handle.

Der Gesundheitszustand,

wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen, der Status quo sine nach Prellung/Zerrung (S. 3 f.). 3.7

Dr. A. ___ berichtete am 10. Januar 2020 über die gleichentags durchgeführte Revision der Peronealsehnen -Loge mit Debridement und distaler Tenotomie der Peroneus

longus Sehne und Transfer der Peroneus

longus Sehne auf die Peroneus

brevis Sehne rechts (Urk. 10/39) und nannte als Diagnose eine umschriebene Läsion der Peroneus

longus Sehne inframalleolär rechts sowie eine wahrscheinlich vorbestehende partielle Längsläsion der Peroneus

longus Sehne rechts. 3.8

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 23. Januar 2020 (Urk. 10/41), nannte als Diagnose einen Längssplit der Peroneus sehne rechts und führte aus, der Beschwerdeführer habe sich am 20. November 2019 erstmalig in der Praxis vorgestellt, nachdem er auf der Treppe gestürzt sei und sich dabei den rechten Fuss/Knöchel verdreht habe. Da klinisch kein Anhalt für eine knöcherne Verletzung bestanden habe, sei der Knöchel immobilisiert sowie Krücken und NSAR verordnet worden. Bei der Kontrolle am 25. November 2019 sei es aus Sicht des Beschwerdeführers zu keiner wesentlichen Besserung gekommen, weswegen unter der Fragestellung einer Bandruptur ein MRI beauftragt worden sei. Dieses habe eine Längsruptur der Peroneus

longus Sehne gezeigt. Der Befund sei am 29. November 2019 mit dem Beschwerdeführer besprochen worden sowie eine Überweisung an Dr. A.____ zur Weiterbehandlung erfolgt.
3.9

Dr. A.____ berichtete am 20. Februar 2020 (Urk. 10/48) und führte aus, rund sechs Wochen nach der durchgeführten Operation erfolge eine erneute klinische Kontrolle. Bisher sei der Beschwerdeführer im Vacoped gut mobil und habe kaum mehr Beschwerden. Die Physiotherapie werde besucht, er mache gute Fortschritte. Es zeige sich eine reizlos abgeheilte Wunde, welche noch deutlich induriert, je doch nicht wesentlich verdickt sei. Die Rückfussmotilität sei noch eingeschränkt, die aktive Fuss extension sei jedoch bereits recht gut möglich. Die Prüfung der Sensibilität zeige im distalen Narbenanteil eine Missempfindung, ansonsten bestehe jedoch eine vollständig erhaltene Berührungsempfindlichkeit. Der Beschwerdeführer dürfe nun auf eine Schnürbandage übergehen. Als Koch sei er weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer habe vor einigen Tagen ein Schreiben der Krankenkasse erhalten, wonach auch diese nach Sichtung der Unterlagen die aktuelle Problematik als unfallfremd taxiere und eine Kostengutsprache erteilt habe. Die Krankenkasse habe, wie es scheine, die Argumentation der Suva übernommen, wonach es sich bei der bestehenden Problematik nicht mehr um Folgen des Unfallereignisses vom 19. November 2019 handle. Wer aufmerksam die Anamnese erhebe, lerne, dass der Unfallmechanismus nicht einem Distorsionstrauma entsprochen habe, sondern in erster Linie einer direkten Kontusion des Rückfusses lateral und werde somit nicht der Argumentation von Dr. Z.____ folgen. Ebenso spreche der intraoperative Befund mit lokaler Vernarbung im Bereich der Kontusion (mit Verletzung der Peroneus longus Sehne direkt unterhalb des Tuberculum

peroneale) für die Unfallgenese und stütze in keiner Weise die Ansicht von Dr. Z.____, welcher degenerative Veränderungen der Peroneus

longus Sehne am lateralen Hypomochlion des Os cuboideum beschreibe.

3.10

Dr. A.____ berichtete am 2. April 2020 (Urk. 10/55) und führte aus, knapp drei Monate nach der durchgeführten Operation erscheine der Verlauf durchaus fristgerecht. Wahrscheinlich sei es zu einer relativen Überlastung durch die konsequent durchgeführten Aufbauübungen gekommen, was die erneuten Belastungsschmerzen durchaus zu erklären vermöge. Somit werde empfohlen, diese Balanceübungen zu reduzieren und dem Fuss noch Zeit zur Ausheilung zu geben. Die Vorfusschmerzen insbesondere am Grosszehengrundgelenk seien möglicherweise verursacht durch eine Fehlbelastung und könnten zu einer beginnenden Sesamoidarthrose passen. Es würden deshalb anlässlich einer geplanten

Verlaufskontrolle auch Röntgenaufnahmen des Fusses durchgeführt. 3.11

Suva-Kreisarzt Dr. Z. ___ berichtete am 7. April 2020 (Urk. 10/54) und führte zur Argumentation von Dr. A. ___ aus, dieser beziehe sich auf den Kontakt mit « der spitzzackigen Trittkante (der Rolltreppe) » im Bereich des Rückfusses lateral . Dass diese spitze Kante überwiegend wahrscheinlich eine punktgenaue isolierte Schädigung der Peroneus

longus Sehne unter vollständiger Schonung der in der gleichen Region verlaufenden Peroneus

brevis Sehne herbeiführen, lasse sich anatomisch nicht begründen, da die Region der Peroneus

longus Sehne, welche chirurgisch behandelt worden sei, von vorgelagerten intakten Strukturen geschützt liege , insbesondere von handelsüblichen Konfektionsschuhen. In der Zusammenschau der MRI-Bildgebung zeitnah zum Ereignis und der anatomisch exakt zuordenbaren Region der Läsion anhand des Operationsberichts könne ausgeschlossen werden, dass hier ein spitzflächiger direkter Kontakt zwischen Sehne und Rolltreppe überwiegend wahrscheinlich sei. Das MRI-Schnittbild gehe durch das Würfelbein/Os cuboideum , gelber Pfeil, der gelbe Strich zeige den Längssplitt der Peroneus

longus Sehne, der rote Pfeil zeige die Höhe des Oberrandes von Konfektionsschuhen an. Überwiegend wahrscheinliche typische unfallkausale Schädigungen in den umliegenden Strukturen , so wie Blutergüsse, Bone

bruise oder Fraktur, seien nicht dargestellt. Bone

bruise sei am Tuberculum

peroneale objektiviert worden , einer Prellung dieser Struktur entsprechend. Die Prellung sei jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet, den Sehnenlängssplitt

innen

acht Tagen herbeizuführen. Korrekterweise, seiner Beurteilung folgend, gebe Dr. A. ___ in seiner Operationsdiagnostik auch an, dass « mässige narbige Veränderungen in der Tiefe der Sehne » bestünden . Diese könnten nicht

überwiegend wahrscheinlich durch einen von aussen einwirkenden spitzen Gegenstand herbeigeführt werden, ohne die darüber liegenden Schichten auch zu

schädigen (S. 3) . Aus den Berichten von Dr. A. ___ gingen keine neuen medizinischen Erkenntnisse hervor. Die chirurgisch behandelte Gesundheitsschädigung der Peroneus

longus Sehne sei überwiegend wahrscheinlich unfallfremd und sei im Rahmen

der Abklärungen der möglichen Unfallfolgen als Zufallsbefund erhoben worden. An der Beurteilung vom 6. Januar 2020 werde festgehalten (S. 4) . 3.12

Dr. A. ___ nahm am 25. August 2020 Stellung zur Beurteilung durch Dr. Z. ___

(Urk. 3) und führte aus,

die Beschriftung des angefügten MRI-Schnittbildes durch Dr. Z. ___ sei falsch und daher irreführend . Die mit dem hellen Pfeil bezeichnete Struktur sei nicht das Würfelbein, sondern der Calcaneus . Der gelbe Strich zeige in Tat und Wahrheit auf eine Struktur, die

sicher nicht der Peroneus

longus Sehne entspreche. Zudem sei in der von ihm gewählten Abbildung zwar die Peroneus

longus Sehne sehr wohl dargestellt, erkennbar sei jedoch hier schlicht und einfach die schwerst geschädigte Sehne in ihrem subtroclearnen Verlauf entlang dem Calcaneus. Die Behauptung, eine scharfkantige Verletzung könne nicht die Peroneus

longus Sehne allein verletzen, ohne auch die Peroneus

brevis Sehne zu schädigen, sei nicht begründet angesichts deren sehr exponierten Lage am Rückfuss lateral. Dass ein Konfektionsschuh schützen würde, sei eine sehr gewagte Behauptung, sei sie doch offensichtlich nicht richtig, wie Beispiele zeigen würden.

Dr. Z.____ gehe immer noch davon aus, dass der Beschwerdeführer unter dem Längssplitt gelitten habe. Tatsächlich seien diese Längsläsionen sehr oft asymptomatisch. Der Beschwerdeführer habe unter der akuten Verletzung der Peroneus

longus Sehne gelitten, welche zusätzlich zum vorbestehenden Längssplitt aufgetreten sei und zwar zweifelsohne durch das schädigende Trauma vom 19. November 2019. Dass ein scharfkantiges Trauma sehr wohl zu einer Sehnenverletzung führen könne, ohne gleichzeitige offene Verletzung der Haut, sei hinlänglich bekannt unter der Bezeichnung der geschlossenen traumatischen Sehnendurchtrennung. Zusammenfassend müsse davon ausgegangen werden, dass Dr. Z.____ in Anatomie und MR-Diagnostik am Rückfuss nicht sattelfest sei. Wegen fehlender Expertise sei seine Beurteilung irrelevant. Er, Dr. A.____, habe immer von einer Distorsion und einer gleichzeitigen Kontusion gesprochen. 4. 4.1

Es ist vorliegend unbestritten, dass beim Beschwerdeführer ein Längssplitt vorbestehend war (vgl. E. 3.6, E. 3.12). Zur Frage der vorliegenden strittigen Unfallkausalität der Fussbeschwerden erfolgte eine medizinische Beurteilung durch Kreisarzt Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.5, E. 3.6, E. 3.11). Dieser legte in Kenntnis sämtlicher Vorakten sowie des vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallhergangs schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb der Status quo sine überwiegend wahrscheinlich nach vier bis sechs Wochen erreicht war und das Unfallereignis vom November 2019 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes geführt hat (vorstehend E. 3.5). Darauf ist abzustellen.

Es bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen (vgl. E. 1.6). Schliesslich ist auch nicht zu beanstanden, dass kein kreisärztliche r Untersuchung durchgeführt wurde. Angesichts der gut dokumentierten Befunde erscheint eine Aktenbeurteilung vorliegend als ausreichend.

Wesentlich dabei ist, dass bildgebend keine signifikanten Begleitverletzungen der stabilisierenden Bänder des oberen und unteren Sprunggelenks und keine degenerativen Veränderungen im oberen und unteren Sprunggelenk sowie auch keine Frakturen im gegenständlichen Fall und in der Vergangenheit ersichtlich waren

(vgl. vorstehend E. 3.6, E. 3.11). Ausgehend vom erstbehandelnden Dr. C.____

wurde rechtzeitig keine direkte Verletzung dokumentiert. So wurden weder eine offene Hautläsion noch eine Prellmarke erwähnt (vorstehend E. 3.8). In Kenntnis des Vorzustandes sowie des geschilderten Unfallmechanismus ist die kreisärztliche Schlussfolgerung, wonach der Unfallhergang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt habe und der Unfall lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe, plausibel und nachvollziehbar. Dabei wies Kreisarzt Dr. Z.____ insbesondere darauf hin, dass es sich anatomisch nicht begründen lasse, dass die spitze Kante der Rolltreppe überwiegend wahrscheinlich eine punktgenaue isolierte Schädigung der Peroneus

longus Sehne unter vollständiger Schonung der in der gleichen Region verlaufenden Peroneus

brevis Sehne herbeiführe, da die Region der Peroneus

longus Sehne, welche chirurgisch behandelt worden sei, von vorgelagerten intakten Strukturen geschützt liege.

In der Zusammenschau der MRI-Bildgebung zeitnah zum Ereignis und der anatomisch exakt zuordenbaren Region der Läsion anhand der Operationsberichte könne ausgeschlossen werden, dass hier ein spitzflächiger direkter Kontakt zwischen Sehne und Rolltreppe überwiegend wahrscheinlich sei. 4.2

Daran vermögen die übrigen medizinischen Einschätzungen durch

Dr. A.____ nichts zu ändern.

Dr. A.____ ging im Operationsbericht vom 10. Januar 2020 (vorstehend E. 3.7) zwar ebenfalls von einer wahrscheinlich vorbestehenden partiellen Längsläsion der Peroneus

longus Sehne aus, machte hingegen geltend, dass zweifelsohne eine zusätzliche akute Verletzung durch das schädigende Trauma vorliege. Konkrete Befunde, welche zum Schluss führen würden, dass das Ereignis vom 19. November 2019 die Sehne zusätzlich geschädigt habe, liefert er

aber keine.

Sodann ist es richtig, dass Dr. A.____

in seinen anfänglichen Berichten zwar nicht nur eine Distorsion diagnostizierte, sondern auch eine Kontusion erwähnte. Im Bericht vom 20. Februar 2020 (vorstehend E. 3.9) machte er jedoch ausdrücklich darauf aufmerksam, dass der Unfallmechanismus nicht einem Distorsions trauma, sondern in erster Linie einer direkten Kontusion des Rückfusses lateral entsprochen habe. Diesen Widerspruch vermochte Dr. A.____ auch in seinen Ausführungen vom 25. August 2020 (vorstehend E. 3.12) nicht aufzulösen. Ebenso wenig lieferte Dr. A.____ eine fundierte Begründung, wie eine Kontusion mit einer scharfen Kante die Sehne schädigen könne, ohne die Haut oder darüberliegende Strukturen zu verletzen. Mit dem blossen Hinweis auf das Existieren von geschlossenen traumatischen Sehnedurchtrennungen, ohne sich näher mit den vorliegenden

Gegebenheiten auseinanderzusetzen, vermag er die Beurteilung durch

Dr. Z.____ nicht zu entkräften. Des Weiteren entspricht es gemäss konstanter Rechtsprechung einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2019 E).

4.2.3). Die in der Stellungnahme vom 25. August 2020 hervorgehende Ausdrucksweise sowie der Tonfall von Dr. A.____ lassen jedenfalls Zweifel an der Objektivität aufkommen.

Insgesamt sind die Beurteilungen durch

Dr. A. ___ nach dem Gesagten nicht schlüssig, um Zweifel an der kreisärztlichen Schlussfolgerung von Dr. Z. ___ zu erwecken oder diese gar umzustossen. 4.3

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Status quo sine hinsichtlich der geklagten Beschwerden am rechten Fuss überwiegend wahrscheinlich vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht war. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin eine weitere Leistungspflicht verneinte.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 5.1

In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2).

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Rechtsvertretung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). 5.2

Der Beschwerdeführer ist mittellos und angesichts dessen, dass auch die übrigen persönlichen und sachlichen Voraussetzungen gegeben sind, ist die unentgeltliche Rechtsvertretung zu gewähren und Rechtsanwältin Janine Girón, Zürich, zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin zu ernennen.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat von der ihr eingeräumten Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (Urk. 19 Ziff. 2), keinen Gebrauch gemacht, weshalb ihre Entschädigung nach § 7 Abs. 2 in Verbindung mit § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) nach Ermessen festzulegen ist. Unter Berücksichtigung des praxismässigen Stundenansatzes von Fr. 220. (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie mit Fr. 1'800. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Kosten seiner Rechtsvertretung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 10. September 2020

wird Rechtsanwältin Janine Girón, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Janine Girón, Zürich, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Janine Girón - Suva - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schüpbach

E. 6

Abs. 2 UVG umgestossen sei (S. 9). Zusammenfassend sei ein Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 19. November 2019 und der diagnostizierten Sehnenläsion zu verneinen. Die Folgen der Distorsion und Kontusion seien als ausgeheilt zu betrachten. Daher seien die bisherigen Versicherungsleistungen einzustellen und die Ansprüche auf weitere Versicherungsleistungen abzulehnen (S. 9).

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