

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00163**

## **vom 22. November 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00163)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00163 du 22 novembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00163 del 22 novembre 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) wer den soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

#### **E. 1.2**

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).

#### **E. 1.3**

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

#### **E. 1.4**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der

Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherer, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile

des Bundesgerichts 8C\_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1 und 8C\_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

## **E. 1.5**

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 Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung des angefochtenen Einspracheentscheids aus, auf die

schlüssige Aktenbeurteilung des Versicherungsmediziners

PD Dr. D.\_\_\_\_

vom 17. März 2021 , mit welcher sich der Operateur Prof. Dr. C.\_\_\_\_

im Schreiben vom 30. März 2021 ausdrücklich einverstanden erklärt habe, sei abzustellen.

Der Versicherungsmediziner habe sich auch mit der abweichenden Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2018 ausführlich auseinandergesetzt . Zudem habe auch Dr. B.\_\_\_\_ angegeben, dass keine gesicherte n unfallkausale n strukturelle n Verletzungen zu finden seien. Auch aus Laiensicht erscheine in keiner Weise plausibel, wie das vorliegend banale erscheinende Unfallereignis - von vornherein ohne nachweisbare strukturelle Verletzungen - zu gesundheitlichen Folgen hätten führen können, die auch nach rund dreieinhalb Jahren nicht abgeheilt wären. Es sei im Übrigen nicht Sache der Suva , den Beweis für unfallfremde Ursachen von geklagten Beschwerden zu erbringen, wie sie im Bericht von Prof. Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2021 beschrieben seien. Insofern seien die vom Beschwerdeführer geforderte n zusätzliche n orthopädische n , neurologische n und schmerztherapeutischen Abklärungen bei vorliegendem Aktenstand nicht angezeigt. Abschliessend sei gestützt auf die Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_

davon auszugehen, dass ein bis eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis vom 15. September 2017, spätestens aber im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. März 2021, der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht gewesen sei respektive dass ab dann keine Unfallfolgen mehr gegeben gewesen seien, so dass kein Anspruch auf weitere Leistungen der Suva bestehe (Urk. 2 S. 3 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, er leide noch heute unter den Folgen des Treppensturzes vom 15. September 2017. Er habe bei längerem Stehen von 30 Minuten massive Schmerzen im linken Fuss. Vor dem Treppenunfall habe er keine Schmerzen oder Behinderungen am linken Fuss gehabt. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin sei widersprüchlich und zeige zahlreiche Unklarheiten auf. Als störender Faktor komme hinzu, dass allein auf den hauseigenen Gutachter der Beschwerdegegnerin abgestellt worden sei, der von Natur aus die Interessen seines Arbeitgebers und Auftraggebers vertrete und diesen unterstütze. Es widerspreche der Rechtsprechung des Bundesgerichts, dass die Ansicht des behandelnden Arztes und Operateurs des linken Fusses beim vorliegenden Entscheid gänzlich ungehört und unbeachtet bei Seite gelassen worden sei. Bei derart sich widersprechenden Ansichten der Ärzte sei es zwingend, dass ein unabhängiger medizinischer Gutachter ein unparteiisches Gutachten in der Sache verfasse. Dieses sei vom Gericht in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 3 f.). 2.3

### 2.3.1

Es ist unstrittig, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15.

September 2017 ein Distorsionsstrauma am linken Fuss zugezogen hat und dass

das nach dem Unfall diagnostizierte Os tibiale externum links vorbestehend war (Urk. 6/3/1, Urk. 6/14 ).

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 15. September 2017 bis eineinhalb Jahre nach dem Unfall, längstens bis zur Einstellung ihrer Leistungen per 31. März 2021 (Urk. 2 S. 2 und S. 5 ). 2.3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden am linken Fuss und dem Unfallereignis vom 15. September 2017 bis Ende

März 2021 dahingefallen ist, weil sie ab dann nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhten. Dies wäre der Fall, wenn spätestens bis Ende März 2021 wieder derjenige Gesundheitszustand vorlag, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestand (S tatus quo ante), oder wenn ein Gesundheitszustand eingetreten ist, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (S tatus quo sine). Die Beweislast für das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs liegt bei der Beschwerdeführerin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 895/2010 vom 1. Februar 2011 E. 5.1 mit Hinweis).

### 3. 3.1

Zum Hergang des Unfalls ist allein bekannt, dass der Beschwerdeführer auf einer Treppe ausgerutscht ist (Urk. 6/1) . Der erstbehandelnde Arzt med. pract . Y.\_\_\_\_ erklärte dazu im Arzteugnis UVG vom 14. Februar 2018, der Beschwerdeführer habe anlässlich der (einzigen bei ihm stattgehabten) Konsultation vom 15. September 2017 angegeben, er sei während des Laufens auf der Treppe gestürzt und habe sich dabei das linke OSG verletzt (Urk. 6/16/1 ; ebenso im Bericht vom 4. Februar 2021, Urk. 6/ 189 ). Gemäss dem Bericht der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie vom 26. Oktober 2017 ist der Unfallmechanismus nicht genau erinnerlich, es seien aber sofort erhebliche Schmerzen eingetreten (Urk. 6/3/1). Erst rund drei Jahre nach dem Unfallereignis wurde im Bericht des Fusszentrums O.\_\_\_\_ vom 3. November 2020 zur Konsultation gleichen Datums festgehalten, der Beschwerdeführer habe nochmals genau über seinen Unfall auf der nassen Treppe berichtet, wo es im Bereich des vorstehenden Os tibiale externum zu einer klaren Kontusion des medialen Mittelfusses gekommen sei (Urk. 6/178/1).

Diese Darstellung drei Jahre nach dem Unfallereignis widerspricht der zeitnahen Aussage, dass der Unfallhergang nicht genau erinnerlich sei. Letzteres geht mit der fehlenden Unfallbeschreibung im Bericht des erstbehandelnden Hausarztes einher. Ausserdem wurden im Bericht zur Erstbehandlung vom 15. September 2017 keine Befunde aufgeführt, die den Schluss auf eine Kontusion im Bereich des vorstehenden Os tibiale externum anlässlich des Unfalls

vom 15. September 2017 zuliesse. Denn ausser den vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen im Bereich

des linken OSG sind keine Befunde aufgeführt. Die radiologische Abklärung blieb ebenfalls unauffällig (Urk. 6/189) .

Entsprechend der Beweismaxime , dass

« Aussagen der ersten Stunde » zuverlässiger

erscheinen als spätere Schilderungen, die bewusst oder unbewusst von Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können, weshalb ersteren höherer Beweiswert zuerkannt werden darf ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_120/2022 vom 4. August 2022 E. 5.1.2 mit Hinweisen ) , kann daher nicht mit dem geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erwiesen gelten, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. September 2017 eine Kontusion am vorstehenden Os tibiale externum erlitten hat. 3.2 3. 2 .1

Zum weiteren relevanten Sachverhalt ist den medizinischen Akten das Folgende zu entnehmen:

Gemäss dem Bericht von D r. B.\_\_\_\_ von der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie vom 26. Oktober 2017 hätten die Schmerzen im Rückfuss im weiteren Verlauf nach der Erstkonsultation beim Hausarzt persistiert. Anlässlich der Konsultation vom 16.

Oktober 2017, mithin rund einen Monat nach dem Unfall, seien die folgenden Befunde erhoben worden: Keine Schwellung am OSG, indolente Beweglichkeit mit Dorsalextension/ Plantarflexion von 20-0-65 Grad, medial und lateral stabiles OSG, bei der Prüfung keine Schmerzen, sichtbare Schwellung im Bereich des medialen Os naviculare, Druckdolenz , praktisch indo lente Testung der Tibialis

posterior -Sehne gegen Widerstand. Die Computertomographie (CT) des linken Fusses vom 19. Oktober 2017 (Urk. 6/14) habe ein grosses Os tibiale externum mit unregelmässiger Sklerosierung angrenzend der fibrotischen Verbindung und mehrere kleine Osteophyten ergeben. Eine stattgehabte Fraktur vor rund fünf Wochen sei unwahrscheinlich. CT-diagnostisch sei ein traumatisiertes, vorher schon degenerativ verändertes Os tibiale externum überwiegend wahrscheinlich. Es sei die Diagnose eines traumatisierten Os tibiale externum links gestellt worden (Urk. 6/3) .

Die Kreisärztin med. pract . A.\_\_\_\_ erklärte in der ärztlichen Beurteilung vom 19. April 2018, bei einem Os tibiale externum handle es sich um eine häufige angeborene Normvariante des Fuss skeletts, welche bei zirka 10 % der westeuropäischen Bevölkerung vorliege. Dabei finde sich ein akzessorisches Ossikel am Os naviculare pedis, meist aufgrund einer gestörten Skelettentwicklung wie bei spielsweise eines nicht fusionierten Ossifikationszentrums. Je nach Grösse und Ausprägung könne es zu klinischen Beschwerden kommen. Im aktuellen Fall fänden sich keine objektivierbaren Hinweise auf eine Traumatisierung. Im CT vom 19. Oktober 2017 zeige sich ein grosses, degenerativ verändertes Os tibiale externum links bei ansonsten unauffälligem CT-Befund. Es seien keine Frakturen, keine abgebrochenen Osteophyten und auch keine Bänderläsionen festgestellt worden. Zudem fänden sich in der konventionellen Röntgenaufnahme vom 15. September 2017 keine Weichteilschwellungen. Dies spreche nur für ein geringes Ausmass der stattgehabten Distorsion. Bei nicht nachweisbaren strukturellen Läsionen führe das Unfallereignis vom 15. September 2017 zu keiner richtunggebenden Verschlimmerung. Der Status quo sine sei nach zirka vier Wochen nach dem Unfallereignis erreicht worden (Urk. 6/36/2) .

Hierzu erklärte D r. B.\_\_\_\_ von der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie in seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2018 ,

die Beurteilung der Anästhesiologin med. pract . A.\_\_\_\_ sei prinzipiell nachvollziehbar. Es sei richtig, dass sich in den ihr zur Verfügung stehenden Akten und bildgebenden Untersuchungen keine gesicherten unfallkausalen strukturellen Verletzungen fänden. Ebenso korrekt sei es, dass bereits degenerative Veränderungen vorgelegen hätten, welche bis zum Unfall asymptomatisch gewesen seien. Hingegen habe die Kreisärztin nicht berücksichtigt, dass bekanntermassen die primäre feste und stabile fibröse (bindegewebige) Verbindung zwischen dem Os naviculare und dem Os trigonum durch ein Trauma instabil werden könne. Der klinische Befund eines anhaltenden Verschiebeschmerzes des Os trigonum spreche für eine solche entstandene Instabilität. Am 22. Juni 2018 sei eine zusätzliche MRT-Untersuchung (Urk. 6/39) durchgeführt worden , welche ein persistierendes Knochenmarksödem angrenzend an die Pseudarthrose des Os tibiale

externum zum Os naviculare als Zeichen eines persistierenden aktiven Prozesses gezeigt habe, überwiegend bedingt durch eine unfallbedingte Lockerung der Verbindung zum Os naviculare. Diese Instabilität könne durch eine Bildgebung nicht objektiviert werden, sondern erst intraoperativ bestätigt werden. Eine Festlegung eines Status quo sine sei daher nicht zulässig. Vielmehr beurteile er die persistierenden Beschwerden als richtunggebende Verschlimmerung eines zuvor asymptomatischen Vorzustandes; dies unter Berücksichtigung der Definition von Fredenhagen, welche im Manual der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) wörtlich übernommen worden sei: «Eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes ist dann zu bejahen, wenn ein unfallunabhängiges Leiden durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht wird, in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt wird, erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht wird.» Der letzte Punkt treffe in casu zu. Ein Status quo sine könne nicht mehr erreicht werden (Urk. 6/35).

Die Kreisärztin med. pract. A. \_\_\_ erklärte am 2. September 2018, aufgrund der zusätzlichen Information aus dem MRT-Befund vom 22. Juni 2018 sei die Begründung von Dr. B. \_\_\_ nachvollziehbar und sie stimme dieser zu (Urk. 6/40/1).

Nach der Konsultation vom 6. November 2018 hielt Dr. B. \_\_\_ in dem Bericht vom 7. November 2018 fest, es bestünden unverändert belastungsabhängige Schmerzen am medialen Fuss links, bereits bei Gehstrecken von einigen Minuten. Es gäbe keine konservativen Massnahmen mehr, welche eine Beschwerdelinderung bringen könnten. Die zweimaligen Infiltrationen hätten jeweils für einige Wochen eine Schmerzreduktion gebracht, im Anschluss seien jedoch wieder unverändert belastungsabhängige Schmerzen bereits bei kleinsten Belastungen aufgetreten. Es werde daher ein operativer Eingriff geplant mit Anfrischung der Pseudarthrose mit anschliessender Verschraubung unter Schonung der Tibialis

posterior Sehne (Urk. 6/46).

Nach der Operation vom 28. März 2019 mit Anfrischung und Refixation des Os tibiale externum (Urk. 6/55/1) und der OSME vom 4. November 2019 (Urk. 6/104/1)

persistierten die Schmerzen am medialen OSG und medialen Rückfuss links. Da sich eine deutliche Abkippung nach medial im Sinne eines Knick-/Senkfusses zeige, könnten die Restbeschwerden durch die bestehende Fehlbelastung erklärt werden. Ebenso sei eine Reizung des Operationsgebietes bei dieser Fehlbelastung durchaus gegeben (Bericht der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie vom 31. März 2020; Urk. 6/141).

Das MRT des Rückfusses und des Mittelfusses nativ vom 26. März 2020 ergab gemäss dem Bericht des F. \_\_\_

vom 26. März 2020 eine komplette Konsolidierung des Os tibiale externum zum Os naviculare ohne Reizzustand im Os naviculare, eine mittelschwere, etwas aktivierte Arthrose des Lisfranc-Gelenkes

1, etwas geringer am

Lisfranc-Gelenk 2, restliche Gelenke am Rückfuss ohne erkennbare Arthrosezeichen und ohne Aktivierung oder Ergüsse, sowie eine Vernarbung der Sehneninsertion des Tibialis posterior bei ansonsten normaler Sehne am Rückfuss (Urk. 6/151).

Im Bericht der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie vom 11. Juni 2020 wurde ausgeführt, es sei fraglich, woher die Schmerzen kommen würden. Es könne möglich sein, dass das Os tibiale externum nekrotisch werde, es könnten jedoch auch die Arthrosen im Lisfranc -Gelenk 1 und 2 aktiviert sein. Diese seien erst postoperativ entstanden, da im CT des Jahres 2017 diesbezüglich keine Hinweise bestünden. Eine MRT-Untersuchung des Jahres 2017 zeige zudem eine Coalitio

calcaneo- navicular aris , welche ebenso jetzt symptomatisch sein könne. Es werde daher eine SPECT-CT-Untersuchung veranlasst. Falls die Beschwerden von der Coalitio oder von den Arthrosen herrühren würden, sei die Fussdistorsion im Jahr 2017 nicht Ursache dafür (Urk. 6/152).

Gemäss dem Bericht der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie vom 2. Juli 2020 ergab das SPECT-CT und das CT nativ des linken Fusses vom 12. Juni 2020 (Urk. 6/163/1) den Nachweis einer leichten Überlastung im posterioren Kompartiment des unteren Sprunggelenkes (USG) und leichte Überlastungszeichen naviculo-cuneiform und der Lisfranc -Gelenke 1-3 sowie kein Nachweis eines signifikanten aktivierten Gelenksabschnittes; eine kräftige Mehrbelegung lasse sich in der Spätphase im fusionierten Os tibiale externum im Sinne eines ausgeprägten ossären Reizzustandes feststellen. Es stelle sich nun die Frage, ob die Beschwerden unfallbedingt verursacht seien. Die starke Reizung des Os tibiale könne durchaus durch den Senkfuss verursacht werden. Der zuständige Kreisarzt werde um Beurteilung der Kausalität und Arbeitsfähigkeit gebeten (Urk. 6/ 160/2 ).

Im Bericht vom 3. November 2020 des Z.\_\_\_\_ , wo eine Zweitmeinung zur weiteren Behandlung eingeholt wurde, wurde ausgeführt, es bestehe ein klarer Reizzustand über der Tibialis

posterior-Ansatzstelle bei noch gut funktionierender Sehne und wenig Knick-Senkfuss-Deformation. Die übrigen Stressreaktionen im SPECT-CT würden klinisch als nicht relevant beurteilt, da keine klaren Beschwerden in den Nachbargelenken bestünden (Urk. 6/178/2). 3.2 .2

In der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 18. März 2021 nahm der Versicherungsmediziner PD Dr. D.\_\_\_\_ zur vorliegenden medizinischen Aktenlage und insbesondere zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 15. September 2017 und den Restbeschwerden am linken Fuss Stellung. Er führte hierzu aus, bezüglich des diagnostizierten Os tibiale externum würden radiologisch drei Formen unterschieden, wovon sich der vorliegend zur Diskussion stehende Typ II, der als ein nicht verschmolzenes sekundäres Ossifikationszentrum des Os naviculare betrachtet werde, am häufigsten schmerzhaft sein könne. Die Literatur erkläre den Schmerz mit der repetitiven Einwirkung von Druck- und Scherkräften auf die knorpelige Verbindung ( Syn chondrose ) des Os tibiale externum mit dem Os naviculare. Die Autoren Aparisi und Mitarbeitende sowie andere Autoren würden dies als Resultat hauptsächlich einer veränderten Biomechanik (« mainly

the

result

of

altered

biomechanics ») beschreiben. Es würden zwar auch Misstrittereignisse als initial beschwerdeaus lösend beschrieben. Jedoch würden die Autoren Sella und Lawson ausführen, es handle sich nicht notwendigerweise um eine spezifische Verletzung, sondern um eine Reihe kleinerer Verletzungen und erhöhter Belastungen, die auf die Syn chondrose ausgeübt würden, wie man es bei einem Überbeanspruchungssyndrom erwarten würde (« it is not necessarily a specific

injury but a series

of

small

injuries and increased

stresses

applied

to

the

synchondrosis , such as

one

would

expect in an overuse

syndrome »). Die Autoren Nwawka und Mitarbeitende würden die besondere Prädisposition des Os tibiale externum für degenerative Entwicklungen und damit krankheitsbedingte Schmerzursachen aufgrund der knorpeligen Ver bindungen zum Naviculare und der durch die Tibialis

posterior -Sehne hierauf einwirkenden Kräfte betonen (« Accessory

ossicles

with

synchondroses [...] and those

within high- use

tendons [...] are

predisposed

to degenerative change »; Urk. 6/191/8-9). In Bezug auf die vorliegende spezielle Fallbetrachtung und der versicherungsmedizinisch zentralen Frage der überwiegend wahrscheinlichen Kausalität für die beklagten Beschwerden sei festzuhalten, dass keine objektiven Befunde verfügbar seien, die ursächlich auf eine strukturelle Verletzung hinweisen würden, wie dies auch schon in der kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Mai 2018 (Urk. 6/26) dargelegt und von D r. B.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 25. Juli 2018 (Urk. 6/35) ausdrücklich bestätigt worden sei . Nach eigener Einsicht sei fest zuhalten, dass die am ersten Tag angefertigte Röntgenaufnahme vom 15. September 2017 zwar ein Os tibiale externum, aber keine knöchernen Verletzungen erkennen lassen. Im Gegenteil falle auf,

dass keine Weichteilschwellung im Bereich des prominent dargestellten Fussknochens bestehe, wie dies auch bereits kreisärztlich bemerkt worden sei. Eine von Dr. B.\_\_\_\_ am 25. Juli 2018 postulierte «unfallbedingte Lockerung» (Urk. 6/35/1) hätte aber eine geeignet grosse Gewalteinwirkung auf das Os tibiale externum mit Ausbildung einer sichtbaren Schwellung vorausgesetzt. Der von Dr. B.\_\_\_\_ angegebene «klinische Befund eines anhaltenden Verschiebeschmerzes» sei klassisch für ein symptomatisches Os tibiale externum, unabhängig von den Umständen, die dazu geführt hätten, dass es symptomatisch geworden sei. Mit einem Verschiebeschmerz lasse sich die Symptomatik bestätigen, er sei sogar die zentrale Grundlage, um das Os tibiale externum als symptomatisch zu bezeichnen. Dieser Zustand lasse aber keine Aussage zu dessen Kausalität zu. Dies gelte auch für die Informationen, welche Dr. B.\_\_\_\_ mit dem Kernspintomogramm vom 22. Juni 2018 gewinne, welches ein persistierendes Knochenmarksödem angrenzend an die Pseudarthrose des Os tibiale externum zum Os naviculare als Zeichen eines persistierenden aktiven Prozesses gezeigt habe. Denn durch ein solches Ödem lasse sich zwar bildgebend eine Affektion der abgebildeten Strukturen postulieren, wie im obigen Beispiel bereits klinisch durch einen Verschiebeschmerz. Jedoch lasse sich daraus keine Aussage zu einem allfällig ursächlichen Geschehen ein Dreivierteljahr zuvor ableiten. Diese Untersuchung stelle also lediglich ein kernspintomografisches Korrelat zur Bestätigung der Diagnose dar. Dies werde dementsprechend von den Autoren Aparisi und Mitarbeitenden angegeben, wonach das MRT Knochenmarködeme in beiden Aspekten der Synchronrose

in Fällen von Scherung und von mechanischer Belastung zeige (« Magnetic resonance

imaging (MRI) [...] will show

bone

marrow

edema in both

aspects

of

the

synchondrosis in the

cases

of

shearing and mechanical stress »). In Kenntnis der publizierten Evidenz entbehre es der nach vollziehbaren Grundlage, wenn Dr. B.\_\_\_\_ darauf schliesse, dass diese kernspintomografische Auffälligkeit überwiegend wahrscheinlich durch eine unfallbedingte Lockerung der Verbindung zum Os naviculare bedingt sei. Zudem verwirre die Wortwahl von Dr. B.\_\_\_\_. « Persistenz » beschreibe das Erhaltenbleiben eines Zustandes über einen zeitlichen Verlauf und könne somit nicht durch eine einzelne Beobachtung belegt werden. Ferner irritiere, dass Dr. B.\_\_\_\_ von einem «Os trigonum » spreche, welches beim Beschwerdeführer nicht vorliege und einem unregelmässig auftretenden zusätzlichen Knochen zwischen Fersen- und Sprunggelenk entspreche. Des Weiteren sei es zwar verständlich, dass die Annahme eines Misstrittes als ursächliches Geschehen im Sinne einer

dauerhaften Verschlimmerung aus ärztlich-kurativer Sicht nahe liegt, wenn die betroffene Person über seit her fortbestehende Beschwerden klagt. Jedoch belegt die Angabe einer Koinzidenz von Unfallgeschehen und Beginn der Beschwerden im Sinne von post hoc, ergo propter hoc in rein zeitlicher Hinsicht nicht überzeugend einen kausalen Zusammenhang. Die theoretischen Überlegungen von Dr. B.\_\_\_\_ sodann zur zitierten Definition einer richtunggebenden Verschlimmerung

(«...ist dann zu bejahen, wenn ein unfallunabhängiges Leiden durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht wird, in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt wird, erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht wird.» , Urk. 6/35 ) würden eine unbestrittene Möglichkeit zum Ausdruck bringen; diese Möglichkeit alleine vermöge indes keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine richtunggebende Verschlimmerung infolge einer strukturellen Verletzung zu begründen. Denn die zitierte Definition vermöge im medizinisch-juristischen Kontext nur dann zu überzeugen, wenn sie sich auf objektive Befunde stützt. Zusammenfassend sei in vorliegendem Fall bei vorbestehendem Os tibiale externum

eine Verschlimmerung eines Vorzustandes durch ein Geschehen im September 2017 möglich, wobei gemäss fachradiologischer Beurteilung vom 19. Oktober 2017 (Urk. 6/14) ein vorab schon degenerativ verändertes Os tibiale externum vorgelegen habe. Ohne Nachweis einer strukturellen Verletzung sei eine allfällige Verschlimmerung unter den versicherungsmedizinischen Prämissen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht richtunggebend. Möglicherweise seien die Unfallfolgen bereits nach der Infiltration vom 15. Dezember 2017 abgeklungen, welche gemäss dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2018 (Urk. 6/16/5 ) initial eine deutliche Beschwerdelinderung gebracht habe. Ohne Eintritt struktureller Verletzungen hätten die Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach einem, spätestens aber nach eineinhalb Jahren nicht mehr vorgelegen. Die operative Massnahme vom 25. März 2019 (Urk. 6/55) habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallfremde Pathologie adressiert (Urk. 6/191/

#### **E. 6**

/3/1 ). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags durch med. pract. Y.\_\_\_\_, praktischer Arzt. Das von ihm erstellte Röntgenbild des linken oberen Sprunggelenkes (OSG) ergab keinen pathologischen Befund (Urk. 6/16/1

Urk. 6/189 ). Ab dem 16. Oktober 2017 wurde die Behandlung in der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie Zürich der Z.\_\_\_\_

fortgeführt, wo nach der Computertomographie vom 19. Oktober 2019 (Urk. 6/14 ) die Diagnose eines traumatischen grossen Os tibiale externum links gestellt wurde (Urk. 6/3, Urk. 6/7

#### **E. 8**

). Die Suva erbrachte für die Folgen des Unfalls vom 15. September 2017 die gesetzlichen Leistungen. Trotz konservativer Behandlungen persistierten vor allem bewegungs- und belastungsabhängige Beschwerden (Urk. 6/7-8, Urk. 6/17 ).

#### **E. 9**

) unter Bezugnahme auf die bildgebenden Befunde nachvollziehbar aufgezeigt. 3.3.2

Auch die

übrigen Ausführungen

in der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 18. März 2021, insbesondere auch jene zur Kausalität der Restbeschwerden am linken Fuss, sind in sich stimmig und die gezogenen Schlussfolgerungen sind vor dem Hintergrund der übrigen Aktenlage nachvollziehbar begründet. Der Operateur des Beschwerdeführers Prof. Dr. C.\_\_\_\_

von der Spezialpraxis für Fuss- und Sprunggelenk-Chirurgie hat diese Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_, wo nach

im Ergebnis durch den Unfall vom 15. September 2017 überwiegend wahrscheinlich eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes eingetreten ist und spätestens eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis keine Unfallfolgen mehr gegeben waren, im Bericht vom 30. März 2021 (Urk. 6/204/1) denn auch vorbehaltslos bestätigt.

Prof. Dr. C.\_\_\_\_ hat in seinem darauffolgenden Bericht

an den Hausarzt vom 4. Februar 2021 ebenfalls keine andere Ansicht zu der hier allein massgeblichen Frage der Kausalität angeführt, sondern lediglich zuhanden des Hausarztes und der Invalidenversicherung Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit, der Notwendigkeit der Umschulung und im Hinblick auf die eingetretene Symptomausweitung zu den weiteren Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten gemacht (Urk. 6/210/4-5). Es blieb somit dabei, dass auch in Bezug auf die Kausalität der Restbeschwerden am linken Fuss eine übereinstimmende medizinische Sichtweise vom behandelnden Prof. Dr. C.\_\_\_\_ und vom versicherungsinternen PD Dr. D.\_\_\_\_ im Sinne des Eintrittes des Status quo sine spätestens eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis besteht. 3.3.3

Lediglich Dr. B.\_\_\_\_, welcher Prof. Dr.

C.\_\_\_\_ bei der Operation vom 25. März 2019 assistiert hatte (Urk. 6/55/1), hatte in einem früheren Bericht vom 25. Juli 2018 noch eine andere Ansicht zur Kausalität vertreten (Urk. 6/35). Hierzu hat PD Dr. D.\_\_\_\_ in der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 18. März 2021 jedoch ausführlich Stellung genommen und überzeugend begründet aufgezeigt, inwiefern und weshalb die Ausführungen von Dr.

B.\_\_\_\_

letztlich im Wesentlichen fehlgehen.

Insbesondere

hat PD Dr. D.\_\_\_\_

nachvollziehbar dargelegt, dass der klinische Befund eines anhaltenden Verschiebeschmerzes, der unabhängig von der Ursache klassisch für ein symptomatisches Os tibiale externum sei, ebenso wie das (rund ein

Dreivierteljahr nach dem Unfallereignis) am 22. Juni 2018

bildgebend festgestellte persistierende Knochenmarksödeme angrenzend an die Pseudarthrose des Os tibiale externum zum Os naviculare noch keine Aussage zu einem allfällig ursächlichen Geschehen

zulassen würden. Der Umstand allein, dass es möglich ist, dass eine «(bindegewebige) Verbindung» durch ein Trauma instabil werden kann, wie dies Dr. B.\_\_\_\_ bemerkt hat (Urk. 6/35/1), lässt mithin noch nicht den Schluss zu, dass dies so beim Beschwerdeführer

anlässlich des Unfalls vom 15. September 2017 überwiegend wahrscheinlich eingetreten ist. Diese Schlussfolgerung von Dr. B.\_\_\_\_ zur Kausalität der Restbeschwerden überzeugt daher nicht.

Dies gilt insbesondere auch mit Blick darauf, dass Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 25. Juli 2018 nicht hinreichend auf den Unfallhergang und die initial nach dem Unfall vorgelegenen Befunde eingegangen ist. PD Dr. D.\_\_\_\_ hat hierzu nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass die von Dr. B.\_\_\_\_ postulierte « unfallbedingte Lockerung » (Urk. 6/35/1) eine geeignet grosse Gewalteinwirkung auf das Os tibiale externum mit Ausbildung einer sichtbaren Schwellung vorausgesetzt hätte. Eine solche initiale Weichteilschwellung im Bereich des Os tibiale externum hatte jedoch nicht festgestellt werden können.

PD Dr. D.\_\_\_\_ ist ferner darin zuzustimmen, dass die von Dr. B.\_\_\_\_ gemachten Ausführungen zum « Os trigonum » (Urk. 6/35/1) irritieren, da beim Beschwerdeführer kein solches vorliegt. Auch insofern ist die Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2018 nicht nachvollziehbar. 3.3.4

Insgesamt vermag die Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2018 keine auch nur geringen Zweifel an der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. März 2021

zu erwecken. 3.4. 3.4.1

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4) bestehen damit keine unauflösbaren widersprechenden Ansichten der Ärzte zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges, welche die Einholung eines Gutachtens notwendig machen würden, zumal der Operateur Prof. Dr. C.\_\_\_\_ der Einschätzung von PD Dr. D.\_\_\_\_ ausdrücklich zugestimmt hat.

Bezüglich der Rüge des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4), dass die Beschwerde gegenhin auf die Stellungnahme des versicherungsinternen Experten abstellte, ist auf die geltende Rechtsprechung hinzuweisen, wonach das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Konkrete Hinweise auf mangelnde Objektivität und Befangenheit von PD Dr. D.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführer nicht genannt und sind auch keine auszumachen. Die Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. März 2021 ist vielmehr sachlich fundiert und in allen Teilen schlüssig. 3.4.2

Es ist im Übrigen auch nicht zu beanstanden, dass die Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. März 2021 allein aufgrund der Akten und ohne eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgte. Denn nach der Rechtsprechung sind Aktengutachten zulässig. Entscheidend ist, ob genügend Unterlagen vorliegen, was dann der Fall ist, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, so dass sich der Experte gesamthaft ein lückenloses Bild machen kann (Urteile des Bundesgerichts U 330/02 vom 5. Dezember 2003 E. 2 und 8C\_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2, je mit Hinweisen). Dies ist hier zu bejahen. 3.4.3

Damit ist abschliessend festzuhalten, dass keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen gemäss der Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. März 2021 (Urk. 6/191) bestehen. 4. 4.1

Nach dem Gesagten kam die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 4 f.) zu Recht gestützt auf die Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_

zum Schluss, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Restbeschwerden am linken Fuss und dem Unfallereignis vom 15. September 2017

überwiegend wahrscheinlich spätestens eineinhalb Jahre nach dem Unfall und in jedem Fall im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. März

2021 dahingefallen respektive der Status quo sine per dann eingetreten ist und seither keine Leistungspflicht ihrerseits mehr für die Beschwerden am linken Fuss besteht. 4.2

#### 4.2.1

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Namentlich hat die Beschwerdegegnerin entgegen seinem Vorbringen nicht die Meinung des behandelnden Arztes und Operateurs unberücksichtigt gelassen. Vielmehr hat sie im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 4) zutreffend aufgezeigt, dass der Operateur Prof. Dr. C.\_\_\_\_ der Ansicht des versicherungsinternen Arztes zugestimmt hat. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin - wie hiervor ausgeführt - zu Recht auf die Beurteilung von PD Dr. D.\_\_\_\_

verwiesen, der sich ausführlich mit den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ auseinandergesetzt hat. Auch insofern ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden. 4.2.2

Aus seinem Vorbringen, dass er vor dem Treppensturz vom 15. September 2017 keine Beschwerden am linken Fuss gehabt habe und diese noch heute anhalten würden (Urk. 1 S. 3), vermag der Beschwerdeführer ebenfalls nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Denn die ursprüngliche Kausalität der Schmerzen anschliessend an den Unfall hat die Beschwerdegegnerin zumindest im Sinne einer Teilkausalität anerkannt. Zu klären galt es lediglich, ob die Beschwerden am linken Fuss auch noch nach der Leistungseinstellung Ende März 2021 unfallbedingt waren und sind, was sie - wie ausgeführt - korrekt zufolge des Eintritts des Status quo sine verneint hat.

Wie die Beschwerdegegnerin ausserdem in der Beschwerdeantwort zutreffend ausgeführt hat (Urk. 5 S. 2), ist ferner zu beachten, dass die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist und zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). 4.3 4.3.1

Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin den entscheidungswesentlichen Sachverhalt genügend abgeklärt und ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG erfüllt.

Von weiteren Beweissmassnahmen, insbesondere von der beantragten Begutachtung (Urk. 1 S. 4), sind keine neuen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2). 4.3.2

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Juni

2021 (Urk. 2) ist somit recht mässig. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 5.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gesuch des Beschwerdeführers

um

unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) ist daher gegenstandslos. Das Gericht erkennt:  
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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