

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00187 vom 15. Juli 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-07-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00187](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00187)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00187 du 15 juillet 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00187 del 15 luglio 2022

## Erwägungen

### E. 1

Die 1967 geborene X.\_\_\_\_

war seit dem 16. März 2010 bei der Stiftung Y.\_\_\_\_ in einem 100

%-Pensum als Kursleiterin angestellt und bei der Vaudoise Allgemeine ,  
Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise ) , obligatorisch gegen die Folgen  
von Unfällen versichert, als sie am 18. Dezember 2018 auf Glatteis ausrutschte und ein  
Supinationstrauma des linken oberen Sprunggelenkes (OSG) erlitt, wobei sie sich eine  
Fraktur

des Malleolus

medialis

und eine

Maisonneuve Verletzung mit hoher Weber C Fraktur links zuzog (Urk. 10/179 und  
Urk. 10/177) . Die Versicherte wurde gleichentags im Spital Z.\_\_\_\_ operiert (Urk. 10/177).

Am 22. Dezember 2018 wurde sie aus dem Spital entlassen. Es wurde eine 100%ige  
Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Januar 2019 attestiert (Urk. 10/171 und Urk. 10/170).

In der Folge wurde die 100%ige

Arbeitsunfähigkeit bis zum 10. März 2019 verlängert. Ab dem 11. März 2019 wurde eine  
80%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 1. April 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit  
attestiert.

Ab dem 1. Mai 2019 war die Versicherte gemäss Zeugnis des Spitals Z.\_\_\_\_ wieder voll  
arbeitsfähig (Urk. 10/158) . Ab dem 10. Mai 2019 attestierte der behandelnde Hausarzt  
Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt Innere Medizin, erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk.  
10/155; Urk. 10/153 und Urk. 10/146) . Die Vaudoise kam für die Heilbehandlung auf und  
richtete Taggelder aus.

Am 4. September 2019 erfolgte eine Aktenbeurteilung durch den beratenden Arzt der Vaudoise ,  
Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt Chirurgie , welcher zum Schluss gelangte, dass die  
Diagnosen nur teilweise unfallbedingt seien (Urk. 10/142). Am 18. September 2019 wurde  
die Versicherte in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ operiert (OSME medialer Malleolus ,  
OSG-Arthroskopie und Narbendébridement , Tabularisierung

Peroneus

brevis , Entfernung Haglundexostose und Ansatzverkalkung Achillessehne links [Urk. 10/137]).

Die Versicherte wurde vom 18. bis zum 23. September 2019 hospitalisiert (Urk. 10/134). Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 3. November 2019 attestiert (Urk. 10/133). Am 20. November 2019 erfolgte eine weitere Aktenbeurteilung durch den beratenden Arzt der Vaudoise , Dr.

B.\_\_\_\_ , mit welcher er festhielt , dass für den unfallbedingten Anteil der Operation kein stationärer Aufenthalt notwendig gewesen sei (Urk. 10/121). Die Universitätsklinik C.\_\_\_\_ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 21. November 2019 und von 70 % bis zum 31. Dezember 2019 (Urk. 10/125 und Urk. 10/120). Am 4. Dezember 2019 erfolgte eine weitere Aktenbeurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/119). Mit Schreiben vom 20. Dezember 2019 teilte die Vaudoise der Versicherten mit, dass sie trotz der Tatsache, dass der stationäre Aufenthalt auf die unfallfremden Diagnosen zurückzuführen sei, für die vollständigen Kosten der Operation sowie der Hospitalisation vom 18. bis 23. September 2019 aufkomme (Urk. 10/114). Die Universitätsklinik C.\_\_\_\_ verlängerte die Arbeitsunfähigkeit von 70 % bis 31. August 2020 (Urk. 10/103 ; Urk. 10/93 ; Urk. 10/91 und Urk. 10/81 ; Urk. 10/70 ). Am 8. April und am 29. Juli 2020 erfolgte eine erneute Aktenbeurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/92 und Urk. 10/75 ). Der behandelnde Arzt der Beschwerdeführerin , Dr. A.\_\_\_\_ , verlängerte in der Folge

das Attest zur

Arbeitsunfähigkeit von 70 % bis 30. September 2020 (Urk. 10/58). Am 9. September 2020 erfolgte eine Kurzbeurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/54). Mit Verfügung vom 11. September 2020 setzte die Vaudoise die dem Taggeldanspruch zugrunde liegende Arbeitsunfähigkeit vom 24. August bis zum 4. September 2020 auf 40 %, vom 5. September bis zum 18. September 2020 auf 20 % und ab dem 19. September auf 0 % fest (Urk. 10/52). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. Oktober 2020 Einsprache (Urk. 10/45). Die Universitätsklinik C.\_\_\_\_ attestierte in der Folge vom 21. Oktober bis zum 11. November 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %

(Urk. 10/43) und verlängerte diese bis zum 31. Januar 2021 (Urk. 10/35 und Urk. 10/29 ). Am 11. Dezember 2020 erfolgte eine weitere Kurzbeurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/34).

Mit Schreiben vom 18. Januar 2021 teilte die Vaudoise der Versicherten mit, dass der Fall per 17. Dezember 2020 abgeschlossen werde und dass sie entgegenkommend dazu bereit sei, das Taggeld

entsprechend der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 24. August bis 20. Oktober 2020 und von 50 % bis zum Fallabschluss vom 17. Dezember 2020 auszurichten (Urk. 10/28) . Mit Schreiben vom 5. Februar 2021 teilte die Versicherte der Vaudoise mit, dass ein Fallabschluss verfrüht sei , und reichte weitere Arztberichte ein (Urk. 10/27). Am 19. April 2021 erfolgte eine Stellungnahme zum Fallabschluss durch Dr.

B.\_\_\_\_ (Urk. 10/19 ). Mit Verfügung vom 27. April 2021 stellte die Vaudoise

die vorübergehenden Leistungen per 17. Dezember 2020 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Rente sowie auf eine Integritätsentschädigung. Mit derselben Verfügung kam sie auf ihre Verfügung vom 11. September 2020 (Urk. 10/52) zurück und legte dem Taggeldanspruch eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 24. August 2020 bis 20. Oktober

2020 und von 50 % bis zum Fallabschluss zugrunde

(Urk. 10/17). Die gegen die Verfügung vom 27. April 2021 erhobene Einsprache vom 28. Mai 2021 (Urk. 10/5) wies sie mit Einspracheentscheid vom 17. August 2021 ab (Urk. 10/3).

### **E. 1.1**

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 den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.2**

und 1.3). Dies wisse natürlich auch der Operateur. Deshalb sei er einen Kompromiss eingegangen und habe die Beschwerdeführerin bereits zwei Wochen nach dem Eingriff aus der Gipsschiene heraus das Sprunggelenk wieder bewegen lassen. Um den Endzustand zu beurteilen müsse die neuerliche Narbenbildung im Gelenk nach der Operation vom 18. September 2019 abgewartet werden. Dies dauere vier bis sechs Monate. Bei einer vollständigen Gelenkbeweglichkeit wäre dann der Endzustand erreicht, ansonsten müssten weitere medizinische Therapien erfolgen (Urk. 10/121 und Urk. 10/119).

### **E. 1.3**

stünden nicht im Zusammenhang zum Ereignis vom 18. Februar 2018. Die Diagnose 1.2 (Längssplit Sehne M. peroneus

brevis) stehe möglicherweise in Verbindung zum Ereignis vom 18. Februar 2018. Inwieweit diese Veränderungen an den Beschwerden beteiligt seien, hätte man z.B. durch eine Infiltrationstherapie herausfinden können, was nicht stattgefunden habe. Die Dauer der rein unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit (Diagnose 1.1) betrage 2-4 Wochen (Urk. 10/142).

### **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 blossе 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 Versicherten, sondern beim Unfallversicherer

(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).

### **E. 1.5**

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

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger 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 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).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 15. September 2021 Beschwerde und beantragte, es seien ihr ab dem 18. Dezember 2020 weiterhin Taggelder gemäss UVG auszurichten, es sei ihr nach Fallabschluss eine angemessene UVG-Rente zuzusprechen und es sei zu prüfen, ob ihr eine Integritätsentschädigung zustehe (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. Oktober 2021 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, in der Beurteilung vom 11. Dezember 2020 zeige Dr. B.\_\_\_\_, dass die heutigen Beschwerden im Unterschenkel und Fersenbereich auf die Operation in der Universtitätsklinik

C.\_\_\_\_ vom 18. August 2019 (gemeint: 18. September 2019) zurückzuführen seien, wie dies aus dem MRI vom 12. November 2020 sowie der Lokalisation der Schmerzen hervorgehe. Bei diesem Eingriff seien sowohl an der Ferse am Ansatz der Achillessehne wie auch im Bereich der Sehne des Musculus

peroneus

brevis unfallfremde Probleme angegangen worden. Rein unfallbedingt sei nur die Schraubenosteosynthese vom 18. Dezember 2018 gewesen. Da aus unfallfremden Gründen nach der OSME ( Osteosynthesematerialentfernung ) vom 18. September 2019 ein Gips getragen worden sei, hätten sich Narben im Fersenbereich gebildet, was die Heilung der Unfallfolgen verzögert habe. Sie (die Beschwerdegegnerin) habe die auf die unfallfremden Eingriffe zurückzuführende Verzögerung während mehr als einem Jahr übernommen. Nun sei zwei Jahre nach dem Unfall und 15 Monate nach der letzten Operation mit z.T. unfallfremden Eingriffen von einem Endzustand der Unfallfolgen auszugehen. Die Bimalleolarfraktur sei schon längst konsolidiert und die Unfallfolgen seien bildmorphologisch abgeheilt. Der Bandapparat, welcher durch den Unfall verletzt worden sei, sei intakt. Ein CRPS sei mehrmals durch die neurologischen Untersuchungen verneint worden. Unfallbedingte Nervenschädigungen ( Nervus

suralis und Nervus

ischiadicus ) hätten nicht nachgewiesen werden können. In den Berichten der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 16.

Februar 2021 sowie der Klinik D.\_\_\_\_ vom 12. März 2021 würden neu Kniebeschwerden geltend gemacht. Das MRI des Knies zeige jedoch keine unfallbedingte Läsion. Die Unfallfolgen müssten ab dem Zeitpunkt der Schmerztherapie im Universitätsspital E.\_\_\_\_

vom 17. Dezember 2020 als abgeschlossen betrachtet werden. Wenn nach dem 17. Dezember 2020 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit und Beschwerden bestünden, seien diese auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen . Medizinische Argumente, welche geeignet wären, die Stellungnahmen von Dr. B.\_\_\_\_ zu widerlegen oder zu entkräften, würden nicht geltend gemacht. Dr. B.\_\_\_\_ komme zum Schluss, dass kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestehe. Eine Funktionseinbusse gemäss Suva Tabelle 2 und eine Gelenkinstabilität gemäss Suva T abelle

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, der Orthopäde Dr. F.\_\_\_\_ von der Universitätsklinik

C.\_\_\_\_ habe die Unfallkausalität der Beschwerden bestätigt und die Annahme von Dr. B.\_\_\_\_ , wonach die geklagten Beschwerden sich medizinisch nicht erklären liessen, verneint. Ebenfalls in diesem Sinne habe sich der Operateur Dr. G.\_\_\_\_ bezüglich der Unfallkausalität geäußert. Auch die Schmerzambulanz des Universitätsspitals spreche regelmässig von postoperativen und posttraumatischen Schmerzen . Der Abschluss des Versicherungsfalles durch die Beschwerdegegnerin sei mit der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2021 auf den 17. Dezember 2020 zu früh angesetzt worden. S ie (die Beschwerdeführerin) sei auch heute noch aufgrund der Unfallfolgen in ihrer Tätigkeit erheblich eingeschränkt. Sie arbeite mit Mühe und Schmerzen zu 50 % . Ob ein Fallabschluss möglich sei, müsse unter Rücksprache mit der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ geklärt werden. Anschliessend habe die

Beschwerdegegnerin, nachdem die Frage der Unfallkausalität geklärt sei, die Rentenfrage zu prüfen, ebenso die Frage der Höhe der Integritätsentschädigung entsprechend der festgestellten unfallbedingten Funktionseinschränkungen (Urk .

1 S. 3 f f . ).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin weist in ihrer Beschwerdeantwort unter anderem darauf hin, dass nur die Bimalleolarfraktur und ihre unmittelbaren Folgen von ihr zu übernehmen seien. Die andauernde Arbeitsunfähigkeit könne jedenfalls nicht auf die geheilte Bimalleolarfraktur zurückgeführt werden (Urk. 9 . ) 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Anlässlich der Erstkonsultation nach dem Unfall am 18. Dezember 2018 im Spital Z.\_\_\_\_, Klinik für Chirurgie, wurde die Diagnose einer Fraktur Malleolus

medialis

und

einer Maisonneuve Verletzung mit hoher Weber C Fraktur links gestellt. Die Beschwerdeführerin sei ausgerutscht und habe sich im Sinne eines Supinationstraumas das linke OSG verdreht. Dabei habe sie sich eine kombinierte Verletzung mit dislozierter medialer Malleolarfraktur mit kleinstem Volkmannfragment und hoher Fibulafraktur im Sinne einer Maisonneuve Verletzung zugezogen. Es wurde gleichzeitig eine Schraubenosteosynthese Malleolus

medialis und eine Stellschraubenosteosynthese OSG durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Co-Chefarzt Chirurgie,

durchgeführt (Urk. 10/177).

Im Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2018 wurde ein komplikationsloser postoperativer Verlauf festgehalten (Urk. 10/171).

#### **E. 3.2**

Am 7. Februar 2019 erfolgte im Spital Z.\_\_\_\_ die Osteosynthesematerialentfernung (OSME) der Stellschrauben durch Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 10/167) .

#### **E. 3.3**

Im Bericht der Klinik für Chirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 9. April 2019 betreffend die Sprechstunde vom 8. April 2019 hielt Dr. H.\_\_\_\_

als Befund fest, es sei ein vollbelastendes, relativ harmonisches Gangbild demonstrierbar. Es bestehe eine mässige Schwellung im Rahmen des Üblichen. Die Dorsalextension sei passiv in Vergleich zu rechts noch etwas eingeschränkt. Der Bewegungsumfang betrage Extension/Flexion 30/0/25°. Es bestünden eine regelrechte Hauttrophik, keine Hyperhidrose oder Hypertrichose, keine farblichen Veränderungen und reizfreie

Operationsnarben. Die R adiologiebe u r teilung (Röntgen OSG ap /lateral li n ks stehend vom 8. April 2019) ergab weiterhin anatomische Stellungsverhältnisse mit deutlichen Zeichen der ossären Konsolidation sowie eine leichte Inaktivitätsosteopenie . Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, i ns gesamt bestehe ein regelrechter Verlauf, wobei sich die Beschwerdefü hrerin noch nicht gänzlich vom Gehstock hab e entwöhnen können. Klinisch bestünden keine Hinweise auf ein CRPS, so dass sich abgesehen von der Vitamin C Dosierung keine weiteren Medikamente aufdrängten. Seit dem 1. April 2019 arbeite die Beschwerdeführerin zu 50 % , dies bis zum 30. April 2019 und ab dem 1. Mai 2019 sei eine vollständige Reintegration in den Arbeitsprozess geplant. Die beste Therapie der leichten Inaktivitätsosteopenie sei eine Steigerung der Belastungsintensität und -dauer (Urk. 10/159).

### **E. 3.4**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2019 wurden folgende Diagnosen genannt:

Anteriores OSG- Impingement , Achillodynie und Vd . a. Irritation Tibialis

posterior und Peronealsehnenläsion links Beschwerden - Status nach Stellschraubenentfernung in Lokalanästhesie am 07.02.2019 - Status nach Schraubenosteosynthese Malleolus

medialis , Stellschrauben-osteosynthese OSG am 18.12.2018 mit bei: - Fraktur Malleolus medialis und Maisonneuve -Fraktur links vom 18.12.2018

Als Befund wurde Folgendes festgehalten: Antalgisches Gangbild, kleinschrittig aufgrund der Schmerzen im Bereich der Ferse, leicht valgische Rückfussachse, dorsal erhaltenes Längsgewölbe, reizlose Operationsnarben, keine Rötung, keine Überwärmung, keine Schwellung, Druckdolenz im medialen und lateralen OSG- Gutter bei positivem Impingementtest , Berührungsempfindlichkeit im Bereich der gesamten Achillesferse ohne anatomisches Korrelat für die Druckdolenz , verkürzte Wadenmuskulatur, Druckdolenz im Verlauf der Peronealsehnen , deutlich abgeschwächte Eversion , ebenfalls Druckdolenz im Bereich der Tibialis

posterior Sehne sowie im Bereich des medialen Malleolus

inframalleolär . Die Sensibilität sei ausser im medialen Narbenbereich intakt. Die Durchblutung sei palpabel. Die Kraft sei in alle Richtungen auslösbar.

Es wurde ausgeführt, die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Restbeschwerden nach dieser Osteosynthese der medialen Malleolar fraktur sowie temporärer Stellschrauben seien einerseits auf ein anteriores OSG- Impingement zurückzuführen. Des Weiteren be stünden eine mögliche Irritation der Tibialis

posterior Sehne sowie eine Verletzung der Peronealsehnen lateralseitig (Urk. 10/151).

### **E. 3.5**

Die neurologische und neurophysiologische Un tersuchung vom 7. August 2019 in der Universitäts klinik

C.\_\_\_\_ ergab Hinweise auf eine Nervenreizung im Bereich des Tarsaltunnels , ei n neurophysiologisches Korrelat zeigte sich hierfür jedoch nicht. Die neurologische und neurophysiologische Untersuchung war im Übrigen unauffällig (Urk. 10/148).

### **E. 3.6**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 14. August 2019 betreffend die Untersuchung vom 13. August 2019 wurde ausgeführt, hauptsächlich

für die Beschwerden sei es die Ansatztendinopathie der Achillessehne bei Haglundexostose und Ossikel im Bereich des Ansatzes. Zudem bestehe ein anteriores

Narbenimpingement bei St. n. Osteosynthese und langer Ruhigstellung. Es bestehe ebenso ein Split der Peroneus

brevis Sehne. Alle diese Punkte seien symptomatisch. Zur Therapie werde die Operation mittels Narbendébridement

arthroskopisch, medialer OSME, Entfernung der Haglundexostose und der Ansatzverkalkung der Achillessehne sowie Tubularisierung der Peroneus

brevis Sehne empfohlen. Der Eingriff sei für den 18. September 2019 geplant (Urk. 10/144).

### **E. 3.7**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. B.\_\_\_\_, nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 4. September 2019 die folgenden Diagnosen: 1.%2 St. n. ORIF Bimalleolarfraktur links (Malleolus

medialis, Maisonneuve

Fx) und Volkmannfragment - St. n. Stellschraubenentfernung lateral - Entwicklung eines Narbenimpingements OSG anteromedial 2.%2 Längssplit Sehne M. peroneus

brevis 3.%2 Haglund

Exostose und Ansatztendinopathie Achillessehne mit Ansatzverkalkungen

Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, dass die Diagnose

### **E. 3.8**

Am 18. September 2019 wurde die Beschwerdeführerin in der Universitätsklinik

C.\_\_\_\_ operiert. Hierfür wurde sie vom 18. bis 23. September 2019 stationär aufgenommen. Im Operationsbericht vom 18. September 2019 wurden die Diagnosen eines anterioren OSG-Impingements, einer Achillodynie und einer Peronealsehnenläsion

brevis links genannt. Es wurden eine OSME des medialen Malleolus, eine OSG-Arthroskopie und ein Narbendébridement, eine Tubularisierung des Peroneus

brevis sowie eine Entfernung der Haglundexostose und der Ansatzverkalkung der Achillessehne links durchgeführt (Urk. 10/137).

### **E. 3.9**

In seinen Aktenbeurteilungen vom 20. November und 4. Dezember 2019 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, für den unfallbedingten Anteil der Operation habe keine Notwendigkeit für eine Gipsfixation bzw. Entlastung/Teilbelastung bestanden, die einen stationären Aufenthalt benötigt habe. Dies sei durch die unfallfremden Diagnosen bedingt gewesen. Der unfallbedingte Anteil der Operation habe darin bestanden, das restliche Osteosynthesematerial und die Narben arthroskopisch im Gelenk zu entfernen. Das Osteosynthesematerial werde nur dann entfernt, wenn der Knochenbruch stabil ausgeheilt sei. Danach brauche es auch keine

äussere Schienung (Gipsfixation) mehr. Im Gegenteil: Zur Aufrechterhaltung oder sogar Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit unterlasse man jede Fixation. Aus dem gleichen Grund werde auch keine Gipsfixation nach einer operativen Gelenkmobilisation mittels Narbentfernung durchgeführt. Im Gegenteil: Mit einer frühen, unmittelbar nach der Operation einsetzenden, ungehinderten und aktiven Bewegungsaufnahme wolle man schliesslich verhindern, dass sich wieder neue, die Bewegung des Gelenkes einschränkende Narben ausbilden könnten. Eine sechs wöchige Gipsfixation als Folge des Unfallereignisses wäre bei diesem Eingriff kontraindiziert. Eine Gipsfixation mache aber Sinn nach operativer Behebung der unfallfremden Faktoren (Diagnose n

### **E. 3.10**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2020 betreffend die Verlaufskontrolle vom 11. Februar 2020 wurde festgehalten, es zeige sich ein intaktes, gutes Ergebnis der Naht der peroneus

b revis

Sehne. Bei jedoch vorhandenen Restschmerzen würden Vernarbungen aufgrund der Ruhigstellung postoperativ postuliert, welche für die lateralseitigen Schmerzen ursächlich seien. In der Bildgebung sei zudem eine ausgesprochene Vernarbung über dem medialen OSG ersichtlich (Urk. 10/99).

### **E. 3.11**

Dr. B.\_\_\_\_

nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 8. April 2020 zusätzlich zu den bereits genannten (vgl. vorne E. 3. 7) die folgenden Diagnosen:

- Erneute Vernarbungen nach kombiniertem Eingriff vom 1

### **E. 3.12**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie der Universitätsklinik C.\_\_\_\_, hielt in seinem Schreiben vom 4. Mai 2020 zuhanden des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin fest, bei der Beschwerdeführerin sei in der Bildgebung eine Vernarbung im Bereich des medialen Gutter des oberen Sprunggelenkes ersichtlich. Ferner bestünden Vernarbungen in Projektion auf die vordere Syndesmose. Der Bewegungsumfang sei dokumentiert mit Dorsal - extension / Plantarflexion

### **E. 3.13**

Am 19. Mai 2020 erfolgte eine weitere neurologische und neurophysiologische Untersuchung in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_. In der klinisch-neurologischen Untersuchung fanden sich sensible Defizite am ehesten im Versorgungsgebiet des N. peroneus

superficialis und N. suralis links. Die neurologische Untersuchung beider Nerven ergab einen Normalbefund. Bezüglich der Dysästhesien

wurde von einer Schädigung kleinerer Hautäste ausgegangen, die zu diesem Gefühl führe (Urk. 10/78).

### **E. 3.14**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 betreffend die Verlaufskontrolle vom 19. Mai 2020 wurde festgehalten, es zeigten sich persistierende Schmerzen trotz therapeutischer Infiltration und intensiver Physiotherapie . In der klinischen Untersuchung sei die Ätiologie bei sehr diffusen Schmerzen schwierig zu differenzieren . Es bestehe keine regelmässige Schmerzmitteleinnahme (Urk. 10/77).

### **E. 3.15**

Dr. B.\_\_\_\_ führte am 29. Juli 2020 gestützt auf den Verlaufsbericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2020 (Urk. 10/72) aus, im

Arthro -CT hätten eine Fehlstellung des Fragments und eine wichtige Knorpeldegeneration ausgeschlossen werden können. Bei der Untersuchung sei der Fuss links reizlos gewesen. Es habe eine leichte Schwellung des lateralen OSG bestanden. Ansonsten sei das Integument «allseits intakt» gewesen. Die Beweglichkeit habe Streckung/Beugung 20°-0-40° betragen (Normwert 15-30°-0-50°), d.h. der Bewegungsumfang habe 60° betragen und sei somit nur gering eingeschränkt gewesen. Damit bestünden nur wenig objektive Zeichen für eine körperliche Einschränkung . Die Beschwerdeführerin sei wegen der subjektiv einschränkenden Schmerzen an die Schmerztherapie des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ überwiesen und die Behandlung in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ abgeschlossen worden (Urk. 10/75) .

### **E. 3.16**

In seiner Aktenbeurteilung vom 29. Juli 2020 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, aufgrund der Belastung sei mindestens eine Verdoppelung der aktuellen Arbeitstätigkeit auf mindestens 60 % des angestammten Pensums zumutbar, zumal auch noch eine Tätigkeit im Homeoffice durchgeführt werde. Ihre Tätigkeit beinhalte wechselbelastende Körperpositionen (sitzend, gehend, stehend), die durch die Beschwerdeführerin selbst gesteuert und beeinflusst werden könne. Normalerweise folgten auf jede Lektion Pausen. Ein Tragen von schweren Lasten sei nicht notwendig oder lasse sich umgehen. Der Arbeitsweg mit dem öffentlichen Verkehr sei kurz. Die Tätigkeit lasse sehr viel eigene Entscheidungsfreiheit der Belastung des OSG zu. Es bestehe somit bereits eine hohe Flexibilität und die Tätigkeit entspreche den Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit, die rasch gesteigert werden könne . Dies sollte schrittweise erfolgen. Falls keine vermehrten, objektivierbaren Reaktionen des Sprunggelenkes (z.B. Schwellungen, die nicht innerhalb eines Tages wieder regressieren seien) erfolgten, könne die Tätigkeit zeitlich rasch auf das normale Niveau gesteigert werden (Urk. 10/ 65).

### **E. 3.17**

Der Hausarzt , Dr. A.\_\_\_\_ , hielt in seinem Schreiben vom 25. August 2020 an die Beschwerdeführerin fest, aus dem Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2020 gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin den linken Fuss nicht belasten könne. Er habe sie heute in seiner Sprechstunde gesehen. Es habe sich eine massive Bewegungseinschränkung des linken Fusses und eine Belastungsunfähigkeit der Ferse gezeigt. Insgesamt sei er der Meinung, dass weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % als Kursleiterin bestehe. Der Fall sei sehr komplex. Dass ein beratender Arzt, ohne die Beschwerdeführerin zu untersuchen, zu einem anderen Schluss bezüglich Arbeitsfähigkeit komme, sei für ihn sehr unverständlich (Urk. 10/59).

### **E. 3.18**

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 9. September 2020 aus, dem Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 25.

Juni 2020 sei zu entnehmen, dass die Beweglichkeit gut gewesen sei und eine Belastungsunfähigkeit sei nicht erwähnt worden. Die Beschwerdeführerin sei an die Schmerztherapie des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ überwiesen worden, weil auch die Infiltrationstherapie keine Besserung der Beschwerden bewirkt habe und medizinisch neurologisch bzw. orthopädisch kein Korrelat vorgelegen habe, welches die Beschwerden objektiv habe erklären können. Wieso die Arbeitsunfähigkeit von 70 % anlässlich der Konsultation in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2020 vom Assistenzarzt bis am 31. Juli 2020 und nachher ohne Konsultation von einem anderen Assistenzarzt bis am 31. August verlängert worden sei, gehe aus dem Bericht nicht hervor (Urk. 10/54).

### **E. 3.19**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2020 betreffend die Verlaufskontrolle vom 20. Oktober 2020 wurde festgehalten, die Beschwerden der Beschwerdeführerin könnten strukturell anatomisch nicht erklärt werden. Es werde ein erneutes MRI empfohlen. Sollten keine neuen Befunde auftreten, sei eine chirurgische Verbesserung der Schmerzsituation nicht möglich. Die Arbeitsunfähigkeit werde auf 50 % reduziert. Insbesondere eine sitzende Tätigkeit sollte möglich sein (Urk. 10/42).

### **E. 3.20**

Im Bericht derselben Klinik vom 24. November 2020 betreffend die MRI-Befundbesprechung vom 12. November 2020 wurde ausgeführt, es bestünden weiterhin unklare Schmerzen im Bereich des linken Rückfusses sowie des Unterschenkels dorsal wie auch anterior. Im Bereich der beschriebenen flauen Struktur im Bereich der proximalen Tibia sei keine Läsion im MR ersichtlich (Urk. 10/40).

### **E. 3.21**

, vgl. auch Urk. 10/75 S.

1), jedenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in wechselnder Körperposition (Sitz, Stehen, Gehen) mit regelmässigen Pausen und ohne Tragen von Lasten sowie ohne Stehen oder Gehen auf unebenem Boden, auf Leitern oder Gerüsten gegeben

war (vgl. vorne E. 3.21).

Bei der von der Beschwerdeführerin aktuell ausgeübten Tätigkeit als Kursleiterin von Deutsch-Sprachkursen für Migranten und Arbeitslose handelt es sich um eine solche angepasste Tätigkeit, welche ihr – unter Ausklammerung unfallfremder Beschwerden – ohne Einschränkungen zumutbar ist. Auch wenn der Unterricht im Normalfall mehrheitlich stehend erfolgt (vgl. Urk. 10/86), sind keine Gründe ersichtlich und werden auch nicht nachvollziehbar dargetan, weshalb der Unterricht nicht auch zumindest teilweise sitzend durchgeführt werden kann. Seit wann und zu welchem Anteil die Arbeit nicht mehr im Homeoffice durchgeführt werden konnte, ist daher – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3) – nicht relevant.

Die Kritik der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4)

im Zusammenhang mit dem Telefongespräch des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin mit dem Leiter der Fusschirurgie der Universitätsklinik C.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_,

betreffend Arbeitsfähigkeitseinschätzung (vgl. Urk. 10/75), vom 23. Juni 2020 ist nicht stichhaltig. Dass Assistenzärzte – gegebenenfalls auf Bitte ihrer Patienten hin - eine Arbeitsunfähigkeit attestieren, ist kein Grund, die begründete Aussage von Dr. G.\_\_\_\_, wonach angesichts der nicht relevant eingeschränkten Beweglichkeit im OSG (Urk. 10/75 S. 1) wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, in Frage zu stellen.

Im Übrigen wurden die von den Assistenzärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten auch nicht begründet

(Bei lagen zu Urk. 10/80 und zu Urk. 10/70). Die von Dr. B.\_\_\_\_ vorgenommene

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit basiert sodann keineswegs

lediglich auf der Telefonnotiz vom 23. Juni 2020, sondern auf der gesamten medizinischen Aktenlage.

Somit ist gestützt auf die überzeugenden Beurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass – unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Unfallfolgen - für die bisher ausgeübte Tätigkeit spätestens

ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 17. Dezember 2020 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben war und damit auch kein Rentenanspruch besteht. 4.5

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch der Beschwerdeführer in auf eine Integritätsentschädigung, da gemäss Dr. B.\_\_\_\_

keine Funktionseinbusse

im Sinne von Suva Tabelle 2 sowie keine Gelenkinstabilität (Suva Tabelle 6) bestehen und keine Hinweise für die Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose im OSG- Bereich

(Suva Tabelle 5) vorliegen

würden (vgl. Urk.

10/34), was nicht zu beanstanden ist und von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestritten wurde. 5.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marco Mona - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLeicht

### **E. 3.22**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2021 betreffend die gleichentags erfolgte Untersuchung wurde festgehalten, die Beschwerden würden im Rahmen einer Bursitis pes

anserinus , DD Insuffizienzreaktion , interpretiert. Bezüglich der Unfallkausalität seien die Beschwerden am lateralen M alleolus und medialen Malleolus sicherlich mit dem Unfall vereinbar und als Traumafolgen zu werten . Die Beschwerden der Achillessehne jedoch eher nicht (Urk. 10/25).

### **E. 3.23**

In seiner Stellungnahme vom 19. April 2021

führte

Dr. B.\_\_\_\_

aus , ein unfallbedingtes CRPS trete innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem Trauma auf. Zudem hätten 2019 ausgedehnte neurologische und neurophysiologische Untersuchungen stattgefunden, die ein CRPS festgestellt hätten. Dies sei nicht der Fall gewesen. In den Berichten des Schmerzzambulatoriums des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ vom 9. Februar und 8. März 2021 führe Dr. I.\_\_\_\_ die unfallfremden Diagnosen (OP Haglundexostose Ferse links, Tubularisierung Sehne M. peroneus

brevis ) nicht auf. Er postuliere eine Neuropathie des N. suralis , der aber wiederholt neurologisch normale Untersuchungsbefunde aufgewiesen habe und nicht unfallbedingt geschädigt worden sei. Auch eine Infiltration dieses Nervs habe keine Besserung der Beschwerden gebracht . Neu sei in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ wegen Schmerzen im Bereich des Pes

anserinus auch eine Beurteilung des linken Kniegelenks durchgeführt worden. Im MRI hätten sich neben degenerativen Veränderungen und einem Verdacht auf ein Enchondrom respektive ein Ganglion keine unfallbedingten strukturellen Läsionen, die auf das Ereignis von 2018 hätten zurückgeführt werden können, gefunden. Die Ansatz - Tendinopathie des Pes

Anserinus sei unfallfremd. Die Beschwerden am medialen und auch lateralen Malleolus würden als unfallbedingt beurteilt. Einzige Begründung sei die Druckdolenz bei der Untersuchung. Objektive unfallbedingte Veränderungen, die dies begründen würden, seien aber nicht aufgeführt worden. Das Gelenk sei nicht geschwollen, gerötet oder überwärmt. Auch werde in der Beurteilung nicht auf die unfallfremd durchgeführten Operationen als Schmerzzursache eingegangen. Es werde eine rheumatologische Abklärung empfohlen. Ob die andauernde Arbeitsunfähigkeit von 50 % wegen der Kniebeschwerden erfolge, gehe aus den Berichten nicht hervor (Urk. 10/19) .

### **E. 3.24**

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2021 betreffend die Konsultation vom 6. Juli 2021 wurde ausgeführt, kernspintomographisch könne kein Korrelat für die angegebenen Schmerzen gefunden werden. Bei schon lange bestehendem unverändertem Beschwerdebild sei mittlerweile von einer chronischen Situation auszugehen. Aus diesem Grund solle nun eine Vorstellung bei den Kollegen der Rheumatologie zur Evaluierung einer stationären Schmerztherapie erfolgen. Aus fusschirurgischer Sicht könne keine weitere Therapie angeboten werden. Weiter e Kontrollen seien nicht vorgesehen (Urk. 10/4). 4.

Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab dem 18. Dezember 2020. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. B.\_\_\_\_ .

Die gestützt auf die den Verlauf seit dem Unfallereignis vom 18. Dezember 2018 lückenlos dokumentierenden Berichte der behandelnden Ärzte vorgenommenen Beurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin erfüllen die von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (vgl. vorne E. 1.5) und vermögen in ihren nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerungen zu überzeugen. Der Umstand, dass der Versicherungsmediziner keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, vermag den Beweiswert seiner Beurteilungen nicht zu schmälern, da genügend Unterlagen vorlagen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergaben .

Soweit die Beschwerdeführerin unter Berufung auf das zivilrechtliche Urteil des Bundesgerichts 4A\_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 vorbringt, die Beurteilungen der behandelnden Fachärzte seien als zuverlässiger zu erachten als die Aktenbeurteilung eines Versicherungsarztes (Urk. 1 S. 4), kann ihr nicht gefolgt werden. Beim zitierten Urteil handelt es sich um eine Einzelfallbeurteilung im Rahmen einer Willkürprüfung, der besondere Gegebenheiten zugrunde lagen (vgl. Urteil e des Bundesgerichts 9C\_188/2020 vom 26. Mai 2020 E. 4.3.1 mit Hinweis). Ausserdem ging es darin um eine psychische Erkrankung, bei welcher die persönliche Befassung mit der versicherten Person von grösserer Relevanz ist als bei einer Fussverletzung. Aus dem zitierten Urteil können somit keine Rückschlüsse auf den hier zu beurteilenden Fall gezogen werden.

Die objektive medizinische Sachlage ist erstellt .

Von weiteren spezialärztlichen Erhebungen sind

keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb keine Notwendigkeit für ergänzende Abklärungen besteht. 4.2

Es stellt sich zunächst

die Frage, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (17. Dezember 2020) von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erwartet werden konnte ( Art. 19 UVG ). 4.2.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis vom 18. Dezember 2018 eine Bimalleolarfraktur links zugezogen hatte, welche gleich entags operativ behandelt wurde.

Am 18.

September 2019 wurden das Osteosynthesematerial und die Narben arthroskopisch im Gelenk entfernt. Anlässlich dieses operativen Eingriffs wurden auch die nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18. Dezember 2018 zurückzuführenden Gesundheitsstörungen behandelt ( Haglundexostose Ferse links und Tubularisierung Sehne M. peroneus

brevis ). Aufgrund der operativen Behandlung der unfallfremden Anteile erfolgte nach dem Eingriff eine Ruhigstellung durch Gipsfixation, welche dazu führte, dass die unfallbedingten Vernarbungen im Gelenk wieder entstanden.

Da die Beschwerdeführerin weiterhin über Schmerzen klagte, erfolgte am 13. Februar 2020 eine Infiltration ins Gelenk. Dr. B.\_\_\_\_

gelangte in seiner Beurteilung vom 8. April 2020 zum nachvollziehbaren Schluss, die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach der Infiltration nicht beschwerdefrei geworden sei, lasse daran zweifeln, dass die Vernarbungen im Gelenk an den Schmerzen ursächlich beteiligt seien . Somit könne man auch nicht davon ausgehen, dass die Beschwerden durch eine erneute operative Lösung der Narben im Gelenk verschwinden würden (vgl. vorne E. 3.11) . Die Aussage von Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 4. Mai 2020, wonach die Einschränkung des Bewegungsumfanges und die geäußerten Beschwerden durch die Narbenbildung erklärt seien (vgl. vorne E. 3.12), erweist sich somit als wenig plausibel . Dies zeigt sich auch darin, dass der geplante Revisionseingriff (Revision der Peronealsehnen zur Narbenlösung und OSG-Arthroskopie zur Narbenlösung, vgl. vorne E. 3.12) in der Folge nicht mehr in Betracht gezogen wurde. So wurde denn auch im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2020 festgehalten, dass eine chirurgische Verbesserung der Schmerzsituation nicht möglich sei (vgl. vorne E. 3.19). Ebenso wurde im Bericht vom 16. Juli 2021 darauf hingewiesen, dass aus fusschirurgischer Sicht keine weitere Therapie angeboten werden könne (vgl. vorne E. 3.24).

Dr. B.\_\_\_\_ weist des Weiteren darauf hin, dass eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Schmerzen und der andauernden Arbeitsunfähigkeit gegenüber der eher geringen objektiven Klinik und der Einnahme von relativ schwachen Schmerzmitteln bestehe (vgl. vorne E. 3.11).

Im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 wurden persistierende Schmerzen trotz therapeutischer Infiltration und intensiver Physiotherapie festgehalten. Die Ätiologie sei in der klinischen Untersuchung bei sehr diffusen Schmerzen schwierig zu differenzieren. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass keine regelmässige Schmerzmitteleinnahme bestehe (vgl. vorne E. 3.14) . Die neurologische und neurophysiologische Untersuchung ergaben einen Normalbefund . Es konnten keine unfallbedingten Nervenschädigungen nachgewiesen werden (vgl. vorne E. 3.5 und E. 3.13).

Gestützt auf den Verlaufsbericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2020 (Urk. 10/72) und die dort angeführten klinischen Befunde

hielt Dr. B.\_\_\_\_

fest , dass die Beweglichkeit nur geringfügig eingeschränkt sei (Streckung/Beugung 20°-0-40° : vgl. vorne E. 3.15) . Die vom Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 25. August 2020 festgehalten e «massive Bewegungseinschränkung des linken Fusses und

Belastungsunfähigkeit der Ferse» stimmen

denn auch nicht mit den übrigen fachärztlichen medizinischen Akten überein. Auch mit seiner unbegründeten Aussage, er sei der Meinung, dass weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % als Kursleiterin bestehe (vgl. vorne E. 3.17), scheint er lediglich die subjektive

Auffassung der Beschwerdeführerin wiederzugeben, wobei sich der Eindruck, dass er als behandelnder Hausarzt aufgrund seiner auftragsrechtlichen Stellung möglicherweise zugunsten seiner Patientin aussagt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen), nicht gänzlich erwehren lässt. Es gelingt der Beschwerdeführerin damit nicht, die ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen von Dr. B.\_\_\_\_ in Frage zu stellen.

Dr. B.\_\_\_\_ gelangte in seiner Beurteilung vom 11. Dezember 2020 gestützt auf die medizinische Aktenlage denn auch

zum überzeugenden Schluss, dass die Fraktur bildmorphologisch abgeheilt sei. Klinisch bestehe mit einer Flexion/Extension von 40°/0/20° im OSG eine gute Funktion. Der Bandapparat, welcher durch den Unfall verletzt worden sei, funktioniere intakt. Von weiteren Behandlungen könne keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden (vgl. vorne E. 3.21). 4.2.2

Im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung befand sich die Beschwerdeführerin denn auch lediglich

noch

in physiotherapeutischer Behandlung mit ärztlichen Kontrolluntersuchungen und nahm gelegentlich Schmerzmittel ein. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische

Behandlungsmassnahmen

gelten aber nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf

eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3 mit Hinweis)

. Eine medizinische Behandlung der Unfallfolgen, von welcher noch eine wesentliche Verbesserung hätte erwartet werden können, ist vorliegend nicht ersichtlich und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht dargetan. Da mit war der medizinische Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht und die Beschwerdegegnerin hat den Fall zu Recht abgeschlossen. 4.3

Weiter ist zu prüfen, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch ein unfallbedingter Gesundheitsschaden vorlag, für welchen die Beschwerdegegnerin Leistungen in Form einer Rente oder einer Integritätsentschädigung zu erbringen hat. 4.3.1

Gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_

waren die unmittelbaren Unfallfolgen abgeheilt und es bestehen keine Anhaltspunkte für ein unfallbedingtes CRPS (vgl. vorne E. 3.23 und E. 4.2.1). So sind den rechtzeitig erhobenen medizinischen Befunde innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen)

nicht die für ein CRPS typischen Symptome zu entnehmen.

Auch im Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 9. April 2019 wurde festgehalten, dass keine Hinweise für ein CRPS bestünden (vgl. vorne E. 3.3). In den neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen konnte ebenfalls

kein CRPS oder ein anderweitiges auf den Unfall zurückzuführendes neurophysiologisches Korrelat für die geklagte Schmerzsymptomatik festgestellt werden (vgl. vorne E. 3.5 und E. 3.13). Hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die von Dr. B.\_\_\_\_ als unfallfremd beurteilten (E. 3.21), operativ sanierten Schäden im Bereich der linken Ferse (Haglundexostose), der Sehne M. peroneus

brevis sowie der Achillessehne auf den versicherten Unfall zurückzuführen und zudem noch bei Fallabschluss für die geklagten Schmerzen verantwortlich waren, lassen sich den medizinischen Akten sodann nicht entnehmen. 4.3.2

Auch im Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2021 wurde festgehalten, dass kernspintomographisch kein Korrelat für die angegebenen Schmerzen habe gefunden werden könne (vgl. vorne E. 3.24).

Dr. B.\_\_\_\_

wies sodann einhergehend mit der Aktenlage darauf hin, dass in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ wegen Schmerzen im Bereich des Pes

anserinus neu auch eine Beurteilung des linken Kniegelenks durchgeführt worden sei. Im MRI hätten sich neben degenerativen Veränderungen und einem Verdacht auf ein Enchondrom

beziehungsweise ein

Ganglion keine unfallbedingten strukturellen Läsionen, die auf das Unfallereignis

vom 18. Dezember 2018 hätten zurückgeführt werden können, gefunden. Die Ansatz-Tendinopathie des Pes

anserinus sei unfallfremd. Die Beschwerden am medialen und auch lateralen Malleolus würden als unfallbedingt beurteilt (vgl. vorne E. 3.22). Einzige Begründung sei jedoch die Druckdolenz bei der Untersuchung. Objektive unfallbedingte Veränderungen, die dies begründen würden, seien aber nicht aufgeführt worden (vgl. vorne E. 3.23). Damit liegen keine Anhaltspunkte für eine organisch nachweisbare unfallkausale Genese der beklagten Schmerzen vor. Dr. B.\_\_\_\_ weist

in diesem Zusammenhang im Übrigen zutreffend darauf hin, dass im

Bericht der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2021 (vgl. vorne E. 3.22) nicht auf die unfallfremden Operationen als allfällige Schmerzursache eingegangen wurde (vgl. vorne E. 3.23).

Damit drängen sich insgesamt keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung des beratenden Arztes und auch keine ergänzenden medizinischen Abklärungen auf.

Praxisgemäss muss der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022

E. 3.2 mit Hinweisen), was vorliegend gestützt auf die medizinische Aktenlage im Zeitpunkt der Leistungseinstellung in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen in Form der geklagten Schmerzen im Bereich des OSG der Fall war . 4.3.3

Da die Beschwerdeführerin

über anhaltende Schmerzen klagt und

im Zeitpunkt der Leistungseinstellung hierfür keine organischen Unfallfolgen mehr objektiv ausgewiesen waren, welche diese erklärten, stellt sich die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang derselben. Der stattgehabte Sturz auf Glatteis

ist ohne Weiteres

als leichtes Ereignis im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_26/2020 vom 4. März 2020 E. 8, 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E.

### **E. 6**

bestünden nicht. Hinweise für die Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose im OSG-Bereich fänden sich nicht. Es bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente, da aus unfallbedingter Sicht spätestens ab dem 17. Dezember 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit als Kursleiterin gegeben sei

(Urk. 2 S. 14 ff.) .

### **E. 6.3**

, 8C\_887/2009 vom 21. Januar 2010 E.

5.2) zu qualifizieren, welches nicht geeignet ist, psychische Unfallfolgen zu verursachen (vgl. BGE 115 V 133 E. 6a). Dementsprechend ist die Adäquanz ohne Weiteres zu verneinen. 4.4

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin kam Dr. B. \_\_\_\_

denn auch nachvollziehbar zum Schluss, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses (17. Dezember 2020)

unter ausschliesslicher Berücksichtigung der unfallbedingten objektivierbaren Befunde, welche sich nach dem Gesagten im Wesentlichen in einer geringgradig eingeschränkten Beweglichkeit des OSG erschöpften (vgl. obige E. 4.3.3 und E. 3.15 und E.

### **E. 8**

.09.2019 und nachfolgender Gipsfixation. Überlastung mit Restbeschwerden des ventralen OSG und Tendovaginitis Sehne M. peroneus

brevis und M. tibialis

posterior links - St. n. Infiltration am 13.02.2020 - Arthrose talonavikular links

Dr. B. \_\_\_\_ führte aus, da die unfallbedingten Vernarbungen, die leider durch die Ruhigstellung wieder entstanden seien, noch nicht zur Ruhe gekommen seien, sei der Endzustand noch nicht erreicht. Falls man keine erneute operative Narbenlösung durchführe, könne man ein Erreichen des Endzustandes frühestens ein bis eineinhalb Jahre nach der letzten Operation vom September 2019 in Betracht ziehen. Die klinischen Befunde

und die Funktion des Sprunggelenkes in der Untersuchung vom 19. Februar 2020 liessen Hoffnung aufkommen, dass sich die Situation beruhige. Das Gelenk weise klinisch und auch im MRI keine erhebliche Ergussbildung auf, was gegen eine massive Reizung im Gelenk spreche. Deshalb sei von einem erneuten Eingriff keine namhafte Verbesserung der klinisch vorliegenden Befunde zu erwarten. Als Folge sei eher mit einer Chronifizierung der Schmerzen zu rechnen. Mit der Infiltration ins Gelenk habe man versucht, eine gelenkbedingte Ursache der Schmerzen (Vernarbung durch den Unfall) auszuschalten, indem man neben einem Cortison-Präparat auch ein Lokalanästhetikum ins Gelenk eingespritzt habe. Dieses mache die Gelenkkapsel vorübergehend unempfindlich. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach der Infiltration eben nicht beschwerdefrei geworden sei, lasse zweifeln, dass die Vernarbungen im Gelenk an den Schmerzen ursächlich beteiligt seien. Somit könne man auch nicht davon ausgehen, dass durch eine erneute Lösung der Narben im Gelenk die Beschwerden verschwinden würden. Der Sprechstundenbericht vom 19. Februar 2020 weise einen schwellungsfreien linken Fuss auf, mit einer guten Beweglichkeit des OSG. Die Durchblutung, die Motorik und die Sensibilität seien unverändert gewesen. Hinweise für eine notwendige Teilbelastung an Stöcken fehlten. Im Rahmen eines Präsenzunterrichts sei ein hochprozentiger Einsatz von 50-80 % sowohl zeitlich wie auch leistungsmässig möglich und auch zumutbar. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Schmerzen und der andauernden Arbeitsunfähigkeit gegenüber der eher geringen objektiven Klinik und der Einnahme von relativ schwachen Schmerzmitteln (Urk. 10/92).

#### **E. 10**

°/0/30°, eingeschränkt zur Gegenseite. Der genannte Bewegungsumfang sei nicht physiologisch. Der normale Bewegungsumfang im oberen Sprunggelenk betrage Dorsalextension und Plantarflexion gemäss Literatur 10-15°/0/45-50°. Daher seien die Einschränkung des Bewegungs - umfanges und die geäusserten Beschwerden durch die Narbenbildung erklärt und damit aufgrund der von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden die Rechtfertigung für eine prozentuale Arbeitsunfähigkeit gegeben. Es werde ein Revisionseingriff (Revision der Peronealsehnen zur Narbenlösung und OSG-Arthroskopie zur Narbenlösung) geplant (Urk. 10/84).

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