

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00108 vom 16. April 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-04-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2024.00108](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00108)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00108 du 16 avril 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00108 del 16 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 1

4. Dezember 2021 Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, auf, der ein schweres oberes Sprunggelenks-Distorsionstrauma mit knöchernem Aussenbandariss links diagnostizierte (Urk. 7/17/1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/2, 7/83). Nach anfänglicher Besserung persistierten Schmerzen und eine Instabilität (Urk. 7/2/6/2). Bei bildgebend festgestellter osteochondraler Läsion der medialen Talusschulter (Urk. 7/58, 7/66) unterzog sich der Versicherte am 9. Oktober 2023 einem operativen Eingriff mit unter anderem Mikrofrakturierung der osteochondralen Läsion medialer Talus (Urk. 7/6).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1. 2

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand

erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksals mässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1, je mit Hinweisen). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

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). 1.

### **E. 3**

#### 1.3.1

Nach der Rechtsprechung kommt 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). 1.3.2

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2010 IV Nr. 46 S. 143, Urteil des Bundesgerichts 8C\_518/2024 vom 23. Dezember 2024 mit weiteren Hinweisen). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung ihrer Leistungen per 8. Oktober 2023 im angefochtenen Entscheid damit, dass gestützt auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. A. \_\_\_ vom 25. Oktober 2023 und 17. April 2024 davon auszugehen sei, dass das Unfallereignis vom 13. Dezember 2021 zu keinen strukturellen Schäden geführt habe und spätestens nach drei Monaten ein Zustand erreicht worden sei, wie er sich

auch ohne das vorliegend in Frage stehende Ereignis eingestellt hätte . Die Stellungnahme des behandelnden Orthopäden sei nicht nachvollziehbar und vermöge hieran nichts zu ändern ( Urk. 2 insbesondere S. 7).

Ergänzend führte sie mit der Beschwerdeantwort aus, der Umstand, dass sich Dr. Z.\_\_\_\_ auch als Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verstehe, spreche zusätzlich für diesen Schluss. Sodann verfüge Dr . A.\_\_\_\_ über annähernd 30 Jahre Berufserfahrung als Versicherungsmediziner, was ihn zur Beurteilung der vorliegenden Fragestellung qualifiziere ( Urk. 6). 2. 2

Der Beschwerdeführer vertritt dagegen den Standpunkt, dass aus der Stellungnahme seines behandelnden Facharztes eindeutig hervorgehe, dass die Beschwerden, welche zur operativen Behandlung vom 9. Oktober 2023 geführt hätten, auf den Unfall vom 13. Dezember 2021 zurückzuführen seien. Dass die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid auf eine Beurteilung eines Versicherungsmediziners aus dem Fachbereich Allgemeinmedizin stütze, sei zu bemängeln und werfe Zweifel an dessen Fachkompetenz auf. Formal bemängle er die Zustellung des angefochtenen Entscheids mittels A-Post Plus, sei dadurch doch seine Beschwerdefrist im Vergleich zu einer eingeschriebenen Postsendung verkürzt worden ( Urk. 1). 2.3

Zum formellen Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend Zustellung des angefochtenen Entscheids mittels A-Post Plus ist er auf Folgendes hinzuweisen :

Im Sozialversicherungsverfahren bestehen keine Vorschriften darüber, wie die Versicherungsträger ihre Entscheide zuzustellen haben. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es ihnen freigestellt, auf welche Art sie diese versenden. Insbesondere dürfen sie sich auch der Versandart «A-Post Plus» bedienen. Die Eröffnung muss bloss so erfolgen, dass sie dem Adressaten ermöglicht, von der Verfügung oder der Entscheidung Kenntnis zu erlangen, um diese gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können (BGE 142 III 599 E. 2.4.1). Dies war dem Beschwerdeführer offensichtlich möglich, erfolgte seine Beschwerdeerhebung doch innert Frist und unter begründeter Bezugnahme auf den angefochtenen Entscheid ( Urk. 1), weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

Materiell streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht über den 8. Oktober 2023 hinaus zu Recht verneinte , dies unter der Annahme, der Status quo sine sei spätestens dann respektive bereits drei Monate nach dem Unfall erreicht worden .

### **E. 3.1**

Dr. Z.\_\_\_\_

hielt in seinem Bericht vom 24. März 2022 mit Verlaufseinträgen bis 16. März 2022 ( Urk. 7/17) zur Erstbehandlung vom 14. Dezember 2021 anamnestisch fest , der Beschwerdeführer habe angegeben, beim Faustball ein schweres OSG-Distorsionstrauma erlitten zu haben mit nachfolgend starker Schwellung und Hämatomverfärbung im medialen und lateralen Sprunggelenksbereich und direkter Immobilität. Klinisch befundete Dr. Z.\_\_\_\_ eine plantigrade Rückfussachse, eine ausgesprochene Schwellungsneigung und eine eingeschränkte Extension/Flexion von 5/0/5°. Die Stabilität habe er aufgrund der Schmerzen nicht ausgetestet. Das Subtalargelenk sei gut beweglich, Chopart und

Lisfranc frei, der Vorfuss

inspektorisch unauffällig. Weiter befundete er eine gute Kraftentwicklung der Sehnen und eine intakte Sensibilität und Durchblutung sowie starke Druckschmerzen im Bereich des anterolateralen Kapselbandapparates und im Ligamentum - deltoideum -Bereich. Sein Befund vom 14. Dezember 2021 zu den Röntgenaufnahmen OSG links ap und Fuss links lateral lautete auf einen knöchernen Ausriss anterolateraler Bandapparat. Zuzufolge des diagnostizierten schweren oberen Sprunggelenks (OSG) -Distorsionstraumas mit knöchernem Aussenbandausriss empfahl er Ruhigstellung mit VACOped und eine Teilbelastung bis 15 Kilogramm (S. 1).

Anlässlich der Verlaufskontrollen vom 23. Dezember 2021 und 27. Januar 2022 zeigte sich gemäss Dr. Z.\_\_\_\_

ein deutlich verbesserter Verlauf mit weniger Schmerzen und Schwellungsneigung. Gemäss Röntgenbefund vom 23. Dezember 2021 zeigte sich das knöcherne Fragment nicht mehr und Dr. Z.\_\_\_\_ ging

davon aus, dass es sich in eine gute Position gelegt habe. Klinisch befundete Dr. Z.\_\_\_\_ am 27. Januar 2022 einen sehr starken Rückgang der Schwellungsneigung, eine gute Beweglichkeit bei sehr instabiler Situation für das obere Sprunggelenk mit Extensions- und Flexionsbewegung und auch Supinationsaufklappbarkeit sowie ap-Translation. Schmerzen liessen sich allerdings keine auslösen. Der Beschwerdeführer sei bis dahin weiterhin an Unterarmgehstöcken

mit einer Sprunggelenksbandage gegangen, zwischenzeitlich mit Vollbelastung.

Dr. Z.\_\_\_\_ empfahl nunmehr eine intensive Physiotherapie und ein Propriozeptionstraining (Urk. 7/17/2).

### **E. 3.2**

Ein am 16. Februar 2022 durchgeführtes MR I

des Rückfusses und des OSG links beurteilte der Facharzt für Radiologie,

Dr. med. B.\_\_\_\_, von der Radiologie C.\_\_\_\_ wie folgt: Bone

Brüche in der posteromedialen

Talusschulter

(aktuell ohne abgrenzbare Knorpelläsion; eine beginnende osteochondrale Läsion sei aber formal nicht ausschliessbar), morphologisch Zerrung (I°) des Ligamentum fibulotalare anterior sowie der Pars tibiotalaris

posterior des Ligamentum fibulotalare

anterior, kernspintomographisch sei kein eindeutiger knöcherner Ausriss abgrenzbar. Es bestehe ein

geringer Begleiterguss im oberen Sprunggelenk (Urk. 7/34/2).

### **E. 3.3**

Anlässlich der Befundkontrolle vom 16. Februar 2022 bei Dr. Z.\_\_\_\_ klagte der Beschwerdeführer über (weiterhin) sehr starke Schmerzen im OSG-Bereich vor allem lateralbetont. Auch sei er sehr instabil. Gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ zeigten die MR-Aufnahmen vom selben Tag (E. 3.2) Partilläsionen des Ligamentum fibulotalare anterior und des Lig

amentum deltoideum mit auch Bone

Bruise -Veränderungen im Bereich des Talus ( Urk. 7/17/2).

Am 16. März 2022 klagte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ über sehr starke Schmerzen im medialen Malleolus -Bereich beziehungsweise im Vordergrund stehend im Bereich des Talus und über ein Instabilitätsgefühl. Der Beschwerdeführer sei deutlich instabil, allerdings auf beiden Seiten. Auf der linken Seite habe er jedoch bei Supination und

ap-Translation Schmerzen, ebenso im Bereich des Talus medialseitig . Dr. Z.\_\_\_\_s Diagnose lautete auf ein instabiles oberes Sprunggelenk nach Sprunggelenks-Distorsionstrauma links ( Urk. 7/17/3).

### **E. 3.4**

Auf Überweisung von Dr. Z.\_\_\_\_ wurden am 13. Dezember 2022 und 18. Januar 2023 weitere MR-Aufnahmen des linken Fusses erstellt unter anderem zur Abklärung einer osteochondralen Läsion ( Urk. 7/65 und Urk. 7/66) . Das MRI des linken Rück- und Mittelfusses vom 13. Dezember 2022 zeigte ein ausgeprägtes fokales Markraumödem im Bereich der medialen Talusrolle ohne Anhaltspunkte für weitere ossäre Läsionen oder begleitende ligamentäre Verletzungen ( Urk. 7/6

### **E. 3.5**

Nach erneut geklagter Zunahme der Schmerzen im OSG bei Belastung ( Urk. 7/57/2) und MRI vom 13. September 2023, welches zum Schluss auf eine stationäre osteochondrale Läsion bei intakten Bandstrukturen und fehlendem Hinweis auf ein ossäres OSG-Impingement führte ( Urk. 7/64), unterzog sich der Beschwerdeführer am 9. Oktober 2023 in der Klinik D.\_\_\_\_ bei diagnostizierter osteochondraler Läsion an der medialen

Talusschulter links der von Dr. Z.\_\_\_\_ arthroskopisch durchgeführten Operation mit Mikrofakturierung osteochondrale Läsion medialer Talus, Exostosektomie

Tibiavorderkante und Talushalsplastik sowie Synovektomie ( Urk. 7/63 /2-3 ). Im Austrittsbericht vom 11. Oktober 2023 führte Dr. Z.\_\_\_\_ als Nebendiagnosen einen Verdacht auf eine milde hereditäre Thrombozytopenie und einen leichten Faktor VII-Mangel an ( Urk. 7/62/2).

### **E. 3.6**

Dr. A.\_\_\_\_ sprach sich in seiner Kurzbeurteilung vom 25. Oktober 2023 ( Urk. 7/68) betreffend Unfallkausalität der Operation vom 9. Oktober 2023 dafür aus, dass

die mediale osteochondrale Läsion keiner überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolge entspreche, sondern eher wahrscheinlich einem krankhaften Befund, dies bei einem in der primären MR-Bildgebung vom 16. Februar 2022 sowie den MRI-Verlaufskontrollen vom 13. Dezember 2022, 18. Januar und 13. September 2023 intakt erhaltenen Bandapparat sowie Syndesmose und einer unfallatypisch sekundär belastungsabhängig progredienten Beschwerde symptomatik mit einem unfallatypisch bald zwei Jahre lang persistierenden Knochenmarködem lokal umschrieben über der medialen Talusschulter , ohne eine Fraktur ebenda .

Zwei bis drei Monate nach dem Unfallereignis hätten die Unfallfolgen im Beschwerdebild überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr gespielt.

### E. 3.7

Mit einem als «Einsprache Ablehnung Ereignis vom 13.12.21» betitelten Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 19. Dezember 2023 (Urk. 7/85 /2) legte Dr. Z. \_\_\_ dar, dass der osteochondrale Defekt aus seiner Sicht klar durch den Unfall verursacht worden sei. Schwere OSG-Distorsionsstraumata führten auch nach der Literatur sehr häufig zu osteochondralen Läsionen. Die Konstellation beim Beschwerdeführer mit massivem posttraumatischem Knochenmarködem sei ebenfalls ein Indikator zur Ausbildung der osteochondralen Läsion. Eine direkte Fraktur sei nicht zwingend, um eine osteochondrale Läsion auszulösen. Hier widerspreche er ganz klar dem Vertrauensarzt (Urk. 7/85).

### E. 3.8

Auf neuerliche Vorlage erstattete Dr. A. \_\_\_ am 17. April 2024 eine ausführliche Aktenbeurteilung (Urk. 7/94) und hielt in Auseinandersetzung mit den Akten und dabei insbesondere der Stellungnahme von Dr. Z. \_\_\_ vom 19. Dezember 2023 (E. 3.7) an seiner Beurteilung vom 25. Oktober 2023 fest (S.

5). Zusammenfassend führte er aus,

zwar könne ein schweres Sprunggelenks distorsionsstrauma medizinisch theoretisch eine osteochondrale Läsion

auch der medialen Talussehne verursachen. In diesem Falle seien dann aber auch dementsprechende Begleitverletzungen der Bänder und/oder der Knochen als Zeichen

einer akuten Krafteinwirkung zu erwarten. Dieses sei hier aber nicht aufgetreten. Im konkreten

Einzelfall des Beschwerdeführers zeigten die bildgebenden Untersuchungen bei einem wiederholt bestätigten

intakten medialen und lateralen Kapselbandapparat, einem unauffälligen lateralen und medialen Malleolus mit einer zudem fehlenden gegenseitigen Contre coup Verletzung der Tibia und einem auch in der primären konventionellen Bildgebung fehlenden relevanten begleitenden Weichteilödem,

bei einer intakten Syndesmose und knöchernen Strukturen keine objektiven Hinweise für eine schädigungsrelevante schwere Distorsions- /oder Kontusionskraft. Die Lokalisation und der isolierte

Befund des osteochondralen Schadens begrenzt auf die mediale Talussehne in der vorliegenden Einzelfallbetrachtung dabei in typischer Weise für eine krankhafte osteochondrale

Läsion. Auch sei ein im Verlauf progredientes Knochenmarködem mit einer Persistenz nach fast

zwei Jahren unfalltypisch, aber krankheitsentsprechend. Der diesbezügliche bildgebende progrediente

Verlauf mit einer sich sekundär demarkierenden subchondralen Sklerosierung und Knorpelläsion

spreche pathomorphologisch ebenfalls überwiegend wahrscheinlich für eine krankhafte

osteochondrale Läsion. In diesem Zusammenhang seien auch prädilektiv das junge Lebensalter, das

männliche Geschlecht, eine Begleiterkrankung des Gerinnselapparates sowie eine dokumentierte

klinische Instabilität beider Sprunggelenke am besten einzuordnen (S. 6, vgl. auch Kurzbeurteilung vom 17. April 2024, Urk. 7/95). 4.4.1

Aktenmässig erstellt und ausgewiesen ist, dass sich der Beschwerdeführer am 13. Dezember 2021 beim Faustballspielen eine Distorsion des OSG links zuzog und sich am Folgetag mit starken Schmerzen bei Dr. Z. \_\_\_ vorstellte, welcher eine ausgesprochene Schwellungsneigung, eine eingeschränkte Beweglichkeit und starke Druckschmerzen im Bereich des anterolateralen Kapselbandapparates befand und gestützt auf konventionelle Röntgenbilder auf einen knöchernen Ausriss des anterolateralen Bandapparates schloss (E. 3.1). Nach anfänglich deutlicher Besserung der Schmerzen und der Schwellungsneigung unter Stockentlastung (zunächst 15 kg) und Ruhigstellung mit VAPO-Peppel verschlechterte sich der Befund kurze Zeit nach Wiederaufnahme der Vollbelastung im Januar 2022 spätestens bis zur Verlaufskontrolle vom 16. Februar 2022 mit starken Schmerzen zunächst lateral und in der Folge zunehmend medial

sowie mit einer erheblichen Instabilität (E. 3.3, vgl. auch Urk. 7/29). 4.2

Was die beim versicherten Unfall erlittenen strukturellen Verletzungen anbelangt, war eine allfällig stattgehabte Verletzung des Bandapparates bildgebend jedenfalls ab 13. Dezember 2022 nicht mehr nachweisbar (E. 3.4). Im Vordergrund des hier zu beurteilenden Streites steht denn auch nicht die Frage nach einer Bandverletzung, sondern diejenige nach der Unfallkausalität der osteochondralen Läsion am medialen Talus, welche im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 8. Oktober 2023 unbestritten für die belastungsabhängigen Schmerzen verantwortlich war und die operative Versorgung vom 9. Oktober 2023 nach sich zog (E. 3.5).

#### 4.3

Wiewiorski et al. definieren osteochondrale Läsionen am Talus als fokale Verletzungen des Gelenkknorpels, der Grenzlamelle und des subchondralen Knochens. Typischerweise seien junge, sportlich aktive Versicherte betroffen. Faktoren, welche eine Rolle in der Entstehung einer osteochondralen Läsion des Talus haben können, seien ein Trauma, ligamentäre Instabilität, Hypovaskularität und Achsenfehlstellungen, wobei sich in 80 bis 98 % der Fälle, lateral häufiger als medial, ein initiales Trauma eruieren lasse, fast durchwegs ein akutes Supinationstrauma, seltener ein Pronationstrauma. Indes würden verschiedene Publikationen darauf hinweisen, dass eine osteochondrale Läsion auch ohne ein Trauma auftreten könne (Wiewiorski / Leumann / Pagenstert / Valderrabano, Osteochondrale Läsionen am Talus im Sport, in: Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 59 [4], S. 174-179, 2011, S. 174 f.).

Gemäss Horisberger et al. werde geschätzt, dass 6.5 % der Distorsionen mit einer akuten osteochondralen Läsion am Talus einhergingen. 98

% der an der anterolateralen Talusschulter lokalisierten osteochondralen Läsionen und 64 bis 70 % der posteromedialen

seien traumatisch bedingt. Letztere hätten

aber oft auch einen Zusammenhang mit fokaler Überlastung im Rahmen eines Pes planovalgus und einer chronischen OSG-Instabilität. Die Distorsion könne nicht nur für die direkte osteochondrale Läsion verantwortlich sein.

#### **E. 5**

).

Die Beurteilung zum MRI des linken OSG-Rückfusses nativ vom 18. Januar 2023 führte zum Schluss auf eine osteochondrale Läsion am medialen Taluseck mit progredientem Reizzustand des Knochenmarks sowie dort lokalisierten Knorpelschäden Grad 2-3. Bandläsionen am OSG wurden verneint, ebenso Auffälligkeiten der Sehnen und Sehnenscheiden (Urk. 7/6

#### **E. 6**

).

#### **E. 10**

bis 40 % aller akuten Distorsionen führten zu einer chronischen ligamentären Instabilität. Dies führe zu einer Überlastung des Knorpels und

zu Scherkräften im Gelenk, was lokale Defekte verursache oder die Abheilung einer osteochondralen Fraktur verhindern könne. Der Krankheitsverlauf sei typischerweise monate- bis jahrelang mit diffusen, zum Teil belastungsabhängigen Beschwerden am OSG. Diagnoseführend sei die nichtinvasive Bildgebung, wobei das konventionelle Röntgen des OSG - im Stehen und in zwei Ebenen - Hinweise, aber weder den direkten Beweis noch den sicheren Ausschluss einer osteochondralen Läsion liefern könne. Die kontrastmittelgestützte oder native MRI-Untersuchung stelle den nichtinvasiven Goldstandard hierfür dar

(Horisberger / Leumann / Walcher / Valderstabano, Osteochondrale Läsionen am Sprunggelenk – ein Review für Sportärzte, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jahrgang 52, Nr. 6 [2011], S. 4 f., abrufbar unter: <https://www.germanjournal.sportsmedicine.com>, zuletzt besucht am 21. Februar 2025).

#### 4.4

Der erste aktenmässige Hinweis auf das Vorliegen einer osteochondralen Läsion findet sich im Befund zum MRI vom 16. Februar 2022, zufolge welchem bei einem Bone

Bruise in der posteromedialen

Talusschulter eine beginnende osteochondrale Läsion formal nicht ausgeschlossen werden konnte (E. 3.2). Dass die im späteren MRI vom 18. Januar 2023 definitiv festgestellte osteochondrale Läsion (E. 3.4) in den konventionellen Röntgenaufnahmen des OSG ap und des Fusses links lateral vom 14. Dezember 2021 und 23. Dezember

2021 (Urk. 7/17/12) offensichtlich nicht dargestellt respektive von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht befundet wurde, führt angesichts der fehlenden abschliessenden Aussagekraft dieser Bildgebung für die konkrete Diagnostik (E. 4.3)

nicht überwiegend wahrscheinlich zum Ausschluss einer am 14. Dezember 2021 bereits bestehenden osteochondralen Läsion, weder als direkte Unfallfolge noch als Vorzustand.

Dass die Gesundheitsstörung erstmals nach dem versicherten Ereignis festgestellt wurde, vermag sodann klarerweise nicht zum Nachweis der Unfallkausalität zu genügen (BGE 119

V 335 E. 2b/ bb , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Wenn auch die wissenschaftliche Literatur

alleine und dabei insbesondere die Statistik keine Aussagen zum konkreten Einzelfall ermöglichen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_401/2023 vom 19. Februar 2024 E. 6.2 mit weiteren Hinweisen), ist bei der Würdigung der medizinischen Unterlagen dennoch zu berücksichtigen, dass traumatische Genesen gemäss der zitierten Fachliteratur bei der Entstehung einer osteochondralen Läsion

bedeutsam und offensichtlich eher überwiegend sind

und eine Distorsion einen hierfür typischen Verletzungsvorgang bildet, wobei die Relevanz von chronischen ligamentären Instabilitäten, welche aber ihrerseits durch eine Distorsion hergerufen werden können,

ebenfalls gesehen wird (E. 4.3). 4.5

Dr. A.\_\_\_\_

schloss denn auch die Verursachung einer osteochondralen Läsion an der medialen Talusschulter durch eine Sprunggelenksdistorsion im Grundsatz nicht aus. Indes sprach er der konkret erlittenen Distorsion

mangels relevanter Begleitverletzungen die Schädigungsrelevanz ab, erachtete den zunehmenden Reizzustand des Knochenmarks/Knochenödems als auf einen chronischen lokalen krankhaften Reizzustand hinweisend und das junge Alter des Beschwerdeführers, dessen männliches Geschlecht, eine Begleiterkrankung des Gerinnungssystems sowie eine dokumentierte klinische Instabilität beider Sprunggelenke als prädiagnostisch, weshalb er im Ergebnis eher wahrscheinlich auf einen krankhaften Befund schloss (E. 3.8).

Der behandelnde Orthopäde Dr. Z.\_\_\_\_

ging dagegen von einem schweren Distorsionstrauma aus, welches geeignet gewesen sei, die Schädigung herbeizuführen (E. 3.7). So schloss Dr. Z.\_\_\_\_ gestützt auf die am 14. Dezember 2021 erstellten Röntgenbilder auf einen knöchernen Ausriss am anterolateralen Bandapparat, wobei sich das knöcherner Fragment gemäss dem Röntgenbefund vom 23. Dezember 2021 in eine gute Position gelegt habe und entsprechend nicht mehr ersichtlich war (E. 3.1). Dr. A.\_\_\_\_ erkannte in der eigenen Einsichtnahme der Bildgebung keine knöcherner Verletzung (Urk. 7/94 S. 1). Indes lässt sich

seinem diesbezüglichen Vermerk zu den Akten nicht abschliessend entnehmen, ob er sich auf die Röntgenbilder von Dr. Z.\_\_\_\_

bezog oder auf die spätere MR-Aufnahmen vom 16. Februar 2022, in welchen kein eindeutiger knöcherner Ausriss (mehr) erkennbar war (E. 3.2). Jedenfalls liegen diesbezüglich divergierende ärztliche Beurteilungen vor und es lässt

sich gestützt auf die Akten zudem nicht

abschliessend feststellen, ob

im Falle eines knöchernen Ausrisses von einer schädigungsrelevanten Distorsionskraft auszugehen wäre oder ob bereits das Fehlen eigentlicher Bänderrisse und Verletzungen der Sehnen sowie des Kapselapparates den Schluss auf die fehlende Schädigungsrelevanz der erlittenen Distorsion

zulassen .

Abweichend beurteilt en Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ auch die Bedeutung des Knochenmarködems hinsichtlich der Kausalitätsfrage. Dieses wurde erstmals im Bericht zum MRI vom 16. Februar 2022 als Bone

Bruise in der posteromedialen

Talusschulter befundet (E. 3.2) und zeigte sich gemäss den MR-Befunden vom 13. Dezember 2022 und 18. Januar 2023 (Urk. 7/65 und Urk. 7/66) im Verlauf progredient. Dr. A.\_\_\_\_ erachtete die Progredienz und Persistenz des Knochen marködems als unfallatypisch und wies darauf hin, dass in der primären konventionellen Bildgebung noch kein Weichteilödem ersichtlich gewesen sei (E. 3.8). Dr. Z.\_\_\_\_ ging dagegen von einem massiven posttraumatischen Knochen marködem aus, welches Indikator für die Ausbildung der osteochondralen Läsion sei (E. 3.7).

Da

ein Bone

Bruise

eine typische Unfallfolge darstellt , welches sich, wie auch ein Knochenödem mittels MRI, nicht aber anhand konventionelle r Röntgen aufnahmen feststellen lässt ( Rangger / Goost /Kabir/Burger, Bone

Bruise , Morphologische Veränderungen und klinische Relevanz, in: Trauma und Berufskrankheit 2006, [ Suppl 2], S. 178 – 181, S. 178 f.), und sich das Bone

Bruise

des Beschwerdeführers just an der posteromedialen

Talusschulter zeigte, wo sich sodann die osteochondrale Läsion manifestierte,

kann die diesbezügliche Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht ausser Betracht gelassen werden . Zwar lassen sich seinen Ausführungen keine Angaben zur Frage entnehmen, wie er den progressiven Verlauf des Knochenmarködems mit demarkierender subchondraler Sklerosierung und Knorpelläsion mit Bezug auf die Kausalitätsfrage interpretiert. Jedoch geben die Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_ auf der anderen Seite auch keinen Aufschluss darüber, weshalb eine gegebenenfalls durch den Unfall ausgelöste osteochondrale

Läsion gerade bei einer Instabilität des OSG , wie sie auch beim Beschwerdeführer gegeben ist

und die den Verlauf nachteilig beeinflussen kann (E. 4.3), keiner progressiven Entwicklung unterliegen sollte.

Was die Instabilität beider OSG anbelangt, welche Dr. A.\_\_\_\_ als prädisponierenden Faktor bezeichnete , fehlen sodann hinsichtlich beider Fussgelenke aktenanamnestische Angaben, welche darauf schliessen liessen, dass beim Beschwerdeführer

chronisch und damit bereits vor dem Unfall

auf der linken unfallversehrten Seite ein entsprechender Vorzustand vorlag. Alleine daraus, dass die Instabilität nach dem Unfall beidseitig vorlag, kann jedenfalls nicht auf eine vorbestehende chronische (unfallfremde) Instabilität geschlossen werden , könnte doch

links der versicherte Unfall und rechts allenfalls ein früherer Unfall hierfür (mit-) verantwortlich sein.

Angesichts dieser Divergenzen in den ärztlichen Beurteilungen von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_, der weiteren Ungereimtheiten sowie der offenen Fragen besteht zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungs internen Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_. Die Sache ist daher zur Einholung eines externen fussorthopädischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und die Beschwerde in diesem Sinne gutzuheissen. Weiterungen zur fachlichen Kompetenz von Dr. A.\_\_\_\_ und der Objektivität von Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. E. 2.2 und E. 2.3) erübrigen sich bei diesem Ausgang des Verfahrens. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. April 2024 aufgehoben und die Sache an die Suva zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über ihre Leistungspflicht ab 8. Oktober 2023 neu entscheidet. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Suva - Bundesamt für Gesundheit - Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Postfach, 6002 Luzern 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel ange rufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
FehrGasser Küffer

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