

VBE.2024.172 / sb / sg

Art. 112

Urteil vom 5. September 2024

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident
Oberrichterin Fischer
Oberrichter Kathriner
Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde
führerin

A._____
vertreten durch Dr. iur. Kaspar Saner, Rechtsanwalt,
Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich

Beschwerde
gegnerin

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1965 geborene Beschwerdeführerin war seit dem 1. August 2018 bei der B._____ als Bereichsfinanzleiterin angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 30. Januar 2022 trat sie nach eigenen Angaben beim Wandern auf einen Stein, knickte um und verletzte sich dabei am rechten Fuss. Die Beschwerdegegnerin anerkannte nach ergänzenden Abklärungen ihre Leistungspflicht für die Folgen dieses Ereignisses und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus. Nach weiteren medizinischen Sachverhaltserhebungen schloss sie den Fall mit Verfügung vom 27. Juli 2023 ab und stellte ihre Leistungen gestützt auf eine Stellungnahme ihres Versicherungsmediziners Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mangels natürlicher Kausalität des Ereignisses für die (noch) geklagten Beschwerden per 12. Mai 2023 ein. Daran hielt sie nach neuerlicher Einholung einer Beurteilung von Dr. med. C._____ mit Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024 fest.

2.

2.1.

Gegen diesen Entscheid erhob die Beschwerdeführerin am 14. März 2024 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

"Es sei der die beschwerdegegnerische Verfügung vom 27. Juli 2023 bestätigende Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024 aufzuheben, und es seien der Beschwerdeführerin auch über den 12. Mai 2023 hinaus Leistungen nach UVG, namentlich Heilbehandlungskostenübernahme sowie Taggelder zuzusprechen.

Eventualiter sei ein verwaltungsexternes medizinisches Gutachten einzuholen und gestützt darauf erneut über die Dauer der Leistungsansprüche zu entscheiden.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 3. Mai 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 88; vgl. auch die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Juli 2023 in VB 59) gestützt auf eine Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. med. C._____ vom 26. Januar 2024 (VB 83) im Wesentlichen davon aus, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin noch über den 12. Mai 2023 hinaus geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 30. Januar 2022 kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) gegeben sei. Eine (weitere) Leistungspflicht ihrerseits über den 12. Mai 2023 hinaus bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung von Dr. med. C._____ könne nicht abgestellt werden. Vielmehr seien auch die über den 12. Mai 2023 hinaus persistierenden Beschwerden auf das Ereignis vom 30. Januar 2022 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei daher (weiterhin) leistungspflichtig, insbesondere auch für die Kosten des operativen Eingriffs vom 15. Mai 2023, betreffend welchen sie ihr vorgängig die Übernahme der Kosten zugesichert habe.

Damit ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Januar 2022 mit Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024 zu Recht per 12. Mai 2023 eingestellt hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie nach Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.2.

2.2.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. 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 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

2.2.2.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

2.2.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. 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 (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob

ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist
– nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer.

2.3.

2.3.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.3.2.

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff. und 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 und 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). 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 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 und 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.

3.1.

Bezüglich des Ereignisses vom 30. Januar 2022 ist den Akten im Wesentlichen zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei einem Spaziergang auf einem Kies- beziehungsweise Schotterweg "auf einen Stein getreten

und umgeknickt" sei, wobei sie sich am rechten Sprunggelenk verletzt habe (vgl. die Bagatellunfallmeldung vom 19. April 2023 in VB 1, die Unfallmeldung vom 23. Mai 2023 in VB 14 sowie die ergänzenden Angaben der Beschwerdeführerin vom 21. Juni 2023 in VB 29, S. 1). In der Folge suchte die Beschwerdeführerin – nachdem sie bereits ihrem behandelnden Neurologen Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, am 15. März 2022 über Schmerzen im rechten Fussgelenk nach einem Stolpern über einen Stein mit Umknicken berichtet hatte (vgl. Beschwerdebeilage [BB] 4) – am 1. April 2022 Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, auf. Dieser hielt in seinem Bericht vom 5. April 2022 fest, die Beschwerdeführerin beklage seit etwa drei Monaten bestehende Schmerzen am rechten OSG, die ohne ein Trauma aufgetreten seien. Die am 1. April 2022 durchgeführte Röntgenuntersuchung habe einen gut erhaltenen OSG-Spalt mit allenfalls medial beginnender Verschmälerung, initiale osteophytäre Veränderungen, keine höhergradigen Arthrosezeichen und einen grossen plantaren Fersensporn gezeigt. Unter dem Titel "Therapie" vermerkte Dr. med. E._____ "Beratung, stützende Schuheinlagen mit Fersenentlastung verordnet, zusätzlich eine stabilisierende Sprunggelenksbandage" (VB 6).

3.2.

3.2.1.

Wegen persistierender Beschwerden wurde am 11. Oktober 2022 eine MRI-Untersuchung des rechten OSG durchgeführt, welche einen Längsriss der Peroneus-brevis-Sehne und eine erhebliche Tendinose der Peroneus-longus-Sehne mit umgebend vermehrter Flüssigkeit und Ganglien sowie einer entzündlichen Mitreaktion des Malleolus lateralis und der umgebenden Weichteile, aktivierte degenerative Veränderungen intertarsal und eine ganz kleine OD-Läsion der medialen Talusschulter zeigte (vgl. den Bericht gleichen Daums von Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie, in VB 5). Am 17. April 2023 stellte sich die Beschwerdeführerin bei Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor und beklagte zunehmende Beschwerden sowie eine Schwellungsneigung über dem Aussenknöchel seit etwa einem halben Jahr. Dr. med. G._____ hielt fest, gemäss anamnestischen Angaben sei es in der Vorgeschichte zu keinem Trauma gekommen. In der klinischen Untersuchung hätten sich ein Pes planovalgus beidseits, ein deutlich hinkendes Gangbild, eine deutliche Schwellung und ein Druckschmerz über dem lateralen Malleolus und ein mässiger Druckschmerz über der Peronealsehnenloge gezeigt. Über dem Sinus tarsi sowie der ventralen OSG-Kapsel habe kein Druckschmerz bestanden. OSG und USG seien passiv frei und indolent. Bezüglich der MRI-Untersuchung vom 11. Oktober 2022 teile Dr. med. G._____ die Beurteilung des Radiologen nicht umfassend. Der laterale Malleolus mit dem deutlichen Knochenmarksödem interpretiere er als Vorstufe einer Insuffizienzfraktur und nicht als reaktive entzündliche Veränderung im Rahmen der geschädigten Peronealsehne, wofür auch die

Ausdehnung des Ödems spreche. Es sei eine erneute MRI-Untersuchung des rechten Sprunggelenks notwendig (VB 37, S. 3 f.). Diese fand in der Folge am 18. April 2023 statt und zeigte einen regredienten Bone bruise der Fibulaspitze, eine progrediente Zyste in der Fibulaspitze, eine weitgehend stationäre ausgedehnte Partialruptur der Peroneus-brevis-Sehne und neu auch eine Partialruptur der Peroneus-longus-Sehne sowie eine ausgeprägte Tendovaginitis beider Sehnen mit einem Ödem des Retinaculum peroneum, einen leicht progredienten Bone bruise der Talusrolle medial bei weitgehend erhaltenem Knorpel, eine stationäre aktivierte Arthrose im Chopart-Gelenk mit Knorpelläsionen bis Grad IV und eine geringere Arthrose zwischen dem Os naviculare und dem Os cuneiforme mediale, ein stationäres Ganglion am Chopart-Gelenk dorsal, einen leicht regredienten Gelenkserguss im OSG, eine Haglund-Exostose mit Einrissen der Achillessehne am Ansatz, einen plantaren Fersensporn, eine leichte Plantarfasziitis und narbige Veränderungen des Ligamentum fibulotalare anterius (vgl. den Bericht von Dr. med. H._____, Fachärztin für Radiologie, vom 18. April 2023 in VB 4). Vor dem Hintergrund dieses Befund sah Dr. med. G._____ keine konservativen Therapieoptionen mehr und überwies die Beschwerdeführerin an Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. den Bericht von Dr. med. G._____ vom 20. April 2023 in VB 37, S. 2 f.).

3.2.2.

Dr. med. I._____ sah die Beschwerdeführerin erstmals am 3. Mai 2023 und hielt bezüglich dieser Konsultation in seinem Bericht vom 19. Juni 2023 fest, die Beschwerdeführerin habe berichtet, im Januar 2022 auf einen Stein getreten und umgeknickt zu sein. Klinisch zeige sich insbesondere ein nur mässig und rechts mehr als links hypervalgischer Pes planus. Konservative Therapieoptionen bestünden keine mehr, weshalb er der Beschwerdeführerin ein operatives Vorgehen vorgeschlagen habe. Zuerst habe jedoch eine CT-Untersuchung des rechten Fusses zu erfolgen (VB 26, S. 2 f.). Diese wurde daraufhin am 8. Mai 2023 vorgenommen. Dem diesbezüglichen Bericht gleichen Datums von Dr. med. J._____, Facharzt für Radiologie, und der Assistenzärztin K._____, Kantonsspital L._____, sind als Befunde ein abgeflachtes Fusslängsgewölbe, eine schwere subtalare Arthrose mit vollständig aufgebrauchtem Gelenkspalt am Processus lateralis tali, eine angedeutete laterale Subluxation, eine schwere intertarsale Arthrose und Lisfranc-Gelenk-Arthrose mit Geröllzysten, ein Os cornutum, keine frischen ossären Läsionen, eine expansive Kortikalisirregularität an der Fibulaspitze mit zentral dichtegemindertem Areal, eine erhaltene Artikulation in allen miterfassten Gelenken, ein geringer Erguss im OSG, eine normale Knochenmineralisation, ein prominenter posterosuperiorer Calcaneus (differentialdiagnostisch eine Haglund-Exostose), ein plantarer Fersensporn und eine Weichteilschwellung über dem Malleolus lateralis zu entnehmen (VB 30, S. 2). Dr. med. I._____ hielt am 30. Mai 2023 ergänzend fest, der Calcaneusneigungswinkel betrage

bei einer Norm von 20° bis 30° lediglich 13° und der Metatarsale-I-Winkel - 6° bei einer Norm von -/+4°. Die CT-Untersuchung habe zudem eine dorsale Subluxation des TMT-I-Gelenks und eine valgisch imponierende Rückfussachse gezeigt. Er empfahl der Beschwerdeführerin eine operative Sanierung (VB 17, S. 2 f.), welche schliesslich am 15. Mai 2023 mit Arthrodese der medialen Säule des Naviculocuneiforme I- und des TMT-I-Gelenks, einem Débridement der Peronealsehnen mit Tubularisierungsnaht des Peroneus brevis und einem Peroneus longus auf brevis Transfer sowie einer Zysten-Curretage erfolgte. Dem Operationsbericht von Dr. med. I._____ ist bezüglich Indikation zu entnehmen, es bestehe bei der Beschwerdeführerin eine äusserst symptomatische Peronealsehnenläsion mit Zystenbildung an der Fibulaspitze nach OSG-Distorsion. Die Sehnenheilung sei durch ein subfibuläres Impingement bei Knick-Senkfussdeformität durch Instabilität der medialen Säule erschwert (VB 34, S. 2 f.; vgl. auch den Austrittsbericht von Dr. med. I._____ vom 22. Mai 2023 in VB 33, S. 2 f.).

3.3.

3.3.1.

Mit Stellungnahme vom 26. Juli 2023 hielt Dr. med. C._____ fest, es bestünden im Bereich des rechten OSG der Beschwerdeführerin keine "strukturellen Unfallfolgen". Die Läsionen im Bereich der Peroneus-longus-Sehne sowie der Peroneus-brevis-Sehne seien degenerativ bedingt. Im Bericht von Dr. med. E._____ vom 5. April 2022 sei denn auch "keine Rede von einem Trauma". Dem Ereignis vom 30. Januar 2022 komme damit spätestens Ende Februar 2023 keine Bedeutung für die noch beklagten Beschwerden mehr zu. Der operative Eingriff vom 15. Mai 2023 sei "unfallfremd" (VB 49, S. 1). Gestützt auf diese Beurteilung schloss die Beschwerdegegnerin den Fall mit Verfügung vom 27. Juli 2023 ab und stellte ihre Leistungen mangels natürlicher Kausalität des Ereignisses vom 30. Januar 2022 für die über den 12. Mai 2023 hinaus anhaltenden Beschwerden auf diesen Zeitpunkt hin ein (VB 59).

3.3.2.

Der von der Beschwerdeführerin im Einspracheverfahren verkündeten Stellungnahme von Dr. med. I._____ vom 19. Dezember 2023 ist im Wesentlichen zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe bei der Erstkonsultation am 3. Mai 2023 über ein "Umknick-Trauma beim Auftreten auf einen Stein" berichtet. Die MRI-Untersuchung vom 11. Oktober 2022 habe einen deutlichen Längsriss der Peroneus-brevis-Sehne bei erheblicher Tenosynovitis gezeigt. Eine ätiologische Abgrenzung von traumatischer und degenerativer Peronealsehnenläsion sei gestützt auf die MRI-Untersuchung vom Oktober 2022 "so lange posttraumatisch nicht möglich". Jedenfalls würden bei der Beschwerdeführerin keine Risikofaktoren für eine vorbestehende Peronealsehnenpathologie bestehen. So habe Dr. med. E._____ in dessen Bericht vom 5. April 2022 lediglich einen mässigen

Knick-Senkfuss ohne OSG-Instabilität beschrieben und in seinem Bericht vom 19. Juni 2023 über die Erstkonsultation habe er – Dr. med. I. _____ – bloss einen mässigen Hypervalgus des Rückfusses festgehalten. Es lägen demnach weder eine chronische Instabilität noch eine Varusrückfussachse vor, die typischerweise Peroneussehnenentendinopathien begünstigten. Theoretisch könne eine schwere Plattfussdeformität durch ein subfibuläres Impingement ebenfalls eine degenerative Sehnenläsion verursachen. Es liege indes lediglich eine mässige Deformität vor, die eher "als entlastend für Peronealsehnen Pathologien" zu sehen sei. So sei auch das bei der MRI-Untersuchung vom 11. Oktober 2022 festgestellte Knochenmarksödem "kaum mit einer beginnenden Stressfraktur im Rahmen der Fussstellung" zu erklären, sondern es sei vielmehr von einer Assoziation mit der Sehnenläsion mit ausgeprägter Tenovaginitis auszugehen. In Abwesenheit von klaren Risikofaktoren für eine Peronealsehnenläsion oder Befunden, welche die degenerative Natur der Läsion belegen würden, sei das von der Beschwerdeführerin geschilderte Supinationstrauma "eine wahrscheinliche Ursache des Sehnenlängsrisses" (VB 70, S. 1 f.).

3.4.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024 in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung von Dr. med. C. _____ vom 26. Januar 2024. Dieser hielt zusammengefasst fest, Dr. med. E. _____ habe in seinem Bericht vom 5. April 2022 – wie auch Dr. med. G. _____ anlässlich seiner Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 17. April 2023 – kein Trauma festgehalten, eine freie Beweglichkeit im Sprunggelenk mit einer Extension/Flexion von 30/0/30° beschrieben und keine Gelenksinstabilitäten dokumentiert. Ferner habe er keine für Band- oder Sehnenläsionen typischen Schwellungen oder Hämatombildungen im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes festgestellt. Diese Umstände sprächen gegen eine traumatische Band- oder Sehnenläsion. Die MRI-Untersuchung vom 11. Oktober 2022 habe dann eine erhebliche Tendinose der Peroneus-longus-Sehne gezeigt. Eine Tendinose stelle eine degenerativ bedingte Sehnenveränderung dar. Auf ein Trauma zurückzuführende Sehnenveränderungen im Bereich der Peroneus-brevis-Sehne und der Peroneus-longus-Sehne seien nicht festgestellt worden. Zudem seien intakte ligamentäre Strukturen im oberen Sprunggelenk dokumentiert worden. Es sei indes nicht überwiegend wahrscheinlich, dass unfallbedingt durch ein Supinationstrauma Läsionen im Bereich der Peroneus-brevis-Sehne oder der Peroneus-longus-Sehne entstünden, ohne dass Strukturen im Bereich des medialen oder lateralen Bandapparates geschädigt würden. Bei der weiteren MRI-Untersuchung vom 18. April 2023 hätten sich weiterhin persistierende Signalveränderungen der Peroneus-brevis-Sehne und der Peroneus-longus-Sehne präsentiert. Daneben seien deutliche arthrotische Veränderungen im Bereich des Chopart-Gelenkes, eine knöcherne Ausziehung im Sinne einer Haglund-Exostose sowie eine knöcherne Ausziehung im Sinne eines plantaren Fersensporns festgestellt worden. Die CT-

Untersuchung vom 8. Mai 2023 habe dann ein abgeflachtes Fusslängsgewölbe und damit einen Pes planovalgus bestätigt und zudem (erneut) vorbestehende degenerative Veränderungen (schwere intertarsale Arthrose und Lisfranc-Gelenkarthrose mit Geröllzysten) gezeigt. Frische ossäre Läsionen seien keine beschrieben worden. Der Einschätzung von Dr. med. I. _____ in dessen Stellungnahme vom 19. Dezember 2023, wonach die Differenzierung von krankheits- und unfallbedingten Veränderungen im Bereich der Peronealsehnen nicht einzig anhand der MRI-Diagnostik erfolgen könne, sei zwar grundsätzlich zutreffend. Dessen Feststellung, dass Risikofaktoren für eine Peronealsehnenläsion im Sinne von Fussfehlstellungen klar abwesend seien, sei indes mit Blick auf die aktenkundigen Befunde nicht nachvollziehbar. So habe denn auch Dr. med. I. _____ selbst in seinem Bericht vom 20. April 2023 einen Pes planovalgus beidseits beschrieben. Mit dieser Valgusfehlstellung bestehe eine Fehlstellungssituation, welche Peronealsehneninstabilitäten begünstige. Zudem habe auch Dr. med. E. _____ in seinem Bericht vom 5. April 2022 einen Knick-Senkfuß beschrieben, was ebenfalls einem Pes planovalgus entspreche. Insgesamt sei damit davon auszugehen, dass es durch das Ereignis vom 30. Januar 2022 nicht zu einer strukturell objektivierbaren Läsionen am rechten Fussgelenk der Beschwerdeführerin gekommen sei. Spätestens seit Ende Februar 2023 könnten die beklagten Beschwerden nicht mehr auf das Ereignis vom 30. Januar 2022 zurückgeführt werden. Damit sei auch der operative Eingriff vom 15. Mai 2023 nicht durch dieses Ereignis bedingt, zumal die dabei unter anderem vorgenommene Versteifung der Behandlung vorbestehender arthrotischer Veränderungen gedient habe (VB 83, S. 3 ff.).

4.

4.1.

Ausgehend von der Sachverhaltsdarstellung der Beschwerdeführerin, wonach diese bei einem Spaziergang auf einem Kies- beziehungsweise Schotterweg auf einen Stein getreten und umgeknickt sei (vgl. vorne E. 3.1.), scheint das Vorliegen eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG fraglich. Das reine Auftreten auf einen Stein ohne Sturz kann beim Spazierengehen in der freien Natur auf einem Kies- oder Schotterweg jedenfalls nicht als ungewöhnlich bezeichnet werden. Wie es sich damit genau verhält, kann indes mit nachfolgender Begründung letztlich offen bleiben.

4.2.

4.2.1.

Aufgrund der Aktenlage erweist sich das Abstellen auf eine reine Aktenbeurteilung, wie sie Dr. med. C. _____ vorgenommen hat, als Beweisgrundlage ohne Weiteres als zulässig. Insbesondere ergibt sich aus den auf persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruhenden sowie ein vollständiges und unumstrittenes Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status vermittelnden Akten ein feststehender medizinischer Sachverhalt, womit sich weitere Untersuchungen erübrigen (vgl. statt vieler

Urteile des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 und 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.1). Die Stellungnahme von Dr. med. C._____ vom 26. Januar 2024 ist zudem umfassend, berücksichtigt die massgebenden Beschwerden sowie Vorakten und ist in ihrer Beurteilung des medizinischen Sachverhalts sowie der Einschätzung betreffend die Bedeutung des Ereignisses vom 30. Januar 2022 für die von der Beschwerdeführerin (noch) geklagten Beschwerden einleuchtend begründet (vgl. dazu vorne E. 2.3.1.). Die Beurteilung von Dr. med. C._____, wonach spätestens Ende Februar 2023 keine strukturell objektivierbaren Folgen des Ereignisses mehr vorgelegen hätten (vgl. VB 49 und VB 83, S. 6), ist ferner – mit Ausnahme der Einschätzung von Dr. med. I._____ – mit den weiteren medizinischen Akten ohne Weiteres vereinbar. Auch stimmt die Beurteilung der Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen durch Dr. med. C._____ mit den entsprechenden fachradiologischen Berichten überein.

4.2.2.

Die von Dr. med. I._____ in seinem – von Dr. med. C._____ in dessen Stellungnahme vom 26. Januar 2024 ebenfalls gewürdigten – Bericht vom 19. Dezember 2023 vorgenommene Beurteilung insbesondere der Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 11. Oktober 2022 steht zum einen im Widerspruch zum Umstand, dass Dr. med. I._____ dieser gleichzeitig zufolge der zeitlichen Distanz zum Ereignis vom 30. Januar 2022 jegliche Relevanz für die Beurteilung der Ätiologie der Peronealsehnenläsion (als traumatisch beziehungsweise degenerativ bedingt) absprach. Zum anderen widerspricht sie bezüglich der Beurteilung des festgestellten Knochenmarksödems der – mit der Stellungnahme von Dr. med. C._____ vereinbaren – fachmedizinischen Einschätzung von Dr. med. G._____ in dessen Bericht vom 20. April 2023, ohne dass sich Dr. med. I._____ indes mit der Argumentation von Dr. med. G._____ auseinandergesetzt hätte. Gleiches gilt für den von Dr. med. C._____ angeführten Verlauf, zu welchem sich Dr. med. I._____ ebenfalls nicht nachvollziehbar äussert. Es fehlt insbesondere eine einleuchtende Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass Dr. med. E._____ in seinem Bericht vom 5. April 2022 eine freie Beweglichkeit des Sprunggelenks ohne Instabilitäten und ohne Schwellungen oder Hämatome beschrieben hatte, wohingegen Dr. med. G._____ bei seiner rund ein Jahr später durchgeführten klinischen Untersuchung vom 17. April 2023 – bei nach wie vor freier und indolenter passiver Beweglichkeit des OSG und des USG – eine deutliche Schwellung über dem lateralen Malleolus feststellte. Schliesslich sind – wie dies Dr. med. C._____ in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2024 zutreffend festhielt – in den fachmedizinischen Berichten mehrfach Fussfehlstellungen beschrieben worden. Dass Dr. med. I._____ vor diesem Hintergrund das Bestehen von Risikofaktoren für eine Peronealsehnenläsion kategorisch verneinte, erscheint nicht plausibel, zumal er selbst in seinem Bericht vom 20. April 2023 eine Valgusfehlstellung beschrieben und zudem um rund 50 % von

der Norm abweichend Calcaneusneigungs- und Metatarsle-I-Winkel dokumentiert hatte. Dass unter Berücksichtigung dieser Umstände lediglich eine "mässige" und "eher entlastende" Deformität bestehen solle, wie dies Dr. med. G._____ ohne weitere einlässliche Begründung konstatierte, erscheint nicht schlüssig.

4.3.

Nach dem Dargelegten bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 26. Januar 2024. Diese ist damit als beweiskräftig anzusehen, zumal die weiteren (medizinischen) Akten ebenfalls keine diesbezüglichen Zweifel zu begründen vermögen (vgl. vorne E. 2.3.2.). Es ist demnach auf dessen Schlussfolgerung abzustellen, wonach die von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich-kausal auf das Ereignis vom 30. Januar 2022 zurückzuführen sind, sondern diesbezüglich vielmehr spätestens Ende Februar 2023 der status quo sine vel ante (vgl. vorne E. 2.2.3.) erreicht war. Die Beschwerdegegnerin hat damit eine Leistungspflicht ihrerseits über den 12. Mai 2023 hinaus zu Recht verneint. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin lässt sich eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den operativen Eingriff vom 15. Mai 2023 mangels natürlicher Kausalität des Geschehnisses vom 30. Januar 2022 für den operativ behandelten Gesundheitsschaden nicht mit dem Grundsatz des Vertrauensschutzes begründen, erfolgte die von der Beschwerdeführerin als vertrauensbegründend angeführte Auskunft der Beschwerdegegnerin doch erst am 6. Juni 2023 und damit zeitlich nach dem fraglichen Eingriff. Etwas anderes lässt sich auch aus dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 21. April 2023 (VB 2) nicht ableiten, zumal diese am 12. Mai 2023 sowohl die Beschwerdeführerin als auch den Leistungserbringer darüber unterrichtete, dass sie bezüglich des Kostengutsprachege suchs vom 9. Mai 2023 (vgl. VB 8, S. 2 f.) für die schliesslich am 15. Mai 2023 durchgeführte Operation ihre Leistungspflicht noch prüfe (VB 10 f.).

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

5.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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).

Aarau, 5. September 2024

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Berner