

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 10. Mai 2020

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 24
Beschwerdeführer	A. _____ vertreten durch: RA AA. _____
Vorinstanz	Versicherung B. _____
Gegenstand	Leistungen betreffend Rückfall vom 27. Juli 2018 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. _____ vom 15. März 2019

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. März 2019 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen im Rahmen des Grundfalls vom 3. Oktober 2016 über den 30. August 2017 hinaus zu erbringen.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die Spätfolgen ab 27. Juli 2018 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere Heilbehandlung, Kosten und Taggeld.
4. Subeventualiter sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts eine orthopädische Begutachtung anzuordnen.
5. Unter Kosten und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 15. März 2019 sei zu bestätigen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1995 geborene A. _____ war seit August 2014 bei der C. _____ angestellt und dadurch bei der Versicherung B. _____ orisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 3. Oktober 2016 trat er in Stockholm beim Gehen auf einem Trottoir aus Pflastersteinen in ein Loch und knickte mit dem Fuss ab, wodurch er sich eine Verdrehung/Verstauchung des Fussgelenks zuzog (vgl. Schadenmeldung UVG, act. 9.1). Die Versicherung B. _____ übernahm die Versicherungsleistungen für die Folgen des Nichtberufsunfalls des Versicherten bis zum 31. Mai 2017 (act. 9.3; act. 9.56).
- B. Mit Schadenmeldung vom 27. Juli 2018 meldete der Versicherte der Versicherung B. _____ einen Rückfall (act. 9.43). Im Anschluss an eine Arthroskopie des oberen Sprunggelenks rechts im Spital D. _____ vom 21. August 2018 (vgl. act. 9.52) hielt der Versicherung B. _____-Kreisarzt in seiner Beurteilung vom 27. August 2018 fest, die vom Versicherten seit Juli 2018 geklagten Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 3.

Oktober 2016 (act. 9.54). Die Versicherung B. _____ teilte daraufhin dem Versicherten in einem Schreiben vom 28. August 2018 die Ablehnung von Leistungen der Unfallversicherung mit (act. 9.56). Nach Vorlage eines aktuellen Berichts des Spital D. _____ vom 6. September 2018 mit einer Stellungnahme zur Unfallkausalität bestätigte der betreffende Kreisarzt am 7. September 2018 seine vormalige Einschätzung (act. 9.59). Die Versicherung B. _____ erliess hierauf gleichentags eine Verfügung, in welcher sie an der Ablehnung ihrer Leistungspflicht festhielt (act. 9.63). Nachdem der Versicherte am 28. September 2018 durch die Versicherung E. _____ sowie die Versicherung F. _____ am 24. September 2018 Einsprache erhoben hatten (act. 9.72; act. 9.70), erfolgte am 9. Januar bzw. 12. März 2019 eine umfassende kreisärztliche Akten-Beurteilung, welche weiterhin von der fehlenden Unfallkausalität der mit der Rückfallmeldung geklagten Beschwerden ausging (act. 9.84). Die Versicherung B. _____ erliess sodann am 15. März 2019 ihren Einspracheentscheid, mit welchem sie die Leistungsverweigerung bestätigte (act. 9.92).

- C. Gegen die nämliche Verfügung liess der Versicherte am 30. April 2019 durch RA G. _____ Beschwerde erheben (act. 2.3). Am 4. Juni 2019 erfolgte eine Beschwerdeergänzung, mit dem eingangs gestellten Rechtsbegehren (act. 4). Der Beschwerdeführer reichte dabei noch zwei medizinische Beurteilungen des Chirurgen Dr. H. _____ vom 29. März bzw. vom 22. Mai 2019 zu den Akten (act. 2.4.3 und 5). In ihrer Vernehmlassung vom 11. September 2019 beantragte die Versicherung B. _____ die Abweisung der Beschwerde (act. 8); der betreffenden Stellungnahme legte sie eine umfassende chirurgische Beurteilung des Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Versicherung B. _____, Dr. I. _____, vom 28. August 2019 bei (act. 9.112). Mit Replik vom 8. Oktober 2019 hielt der nunmehr durch RA AA. _____ vertretene Versicherte an seinem Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeergänzung fest (act. 11). Der Eingabe war eine weitere Einschätzung von Dr. H. _____ vom 27. September 2019 beigelegt (act. 12.6). Die Versicherung B. _____ duplizierte am 5. November 2019 (act. 14).

- D. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.

Erwägungen

1. Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52

Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2. 2.1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem der Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.2

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 die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94). Bei organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität, weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 122 V 417 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 E. 2.1).

2.3

Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgege-

ben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Angesichts des Gesagten sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten sind nicht unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

2.4

Nach Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 456 E. 4b S. 457; 118 V 293 E. 2d S. 297; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296 f; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4).

2.5

Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil 8C_506/2008 vom 5. März 2009 E. 3.1 mit Hinweisen).

3. Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

3.1

- a) Am 17. November 2016 wurde durch den Radiologen Dr. J. _____ ein MRT des rechten OSG durchgeführt. Der Befund lautete: Leichte Signalstörung im kaudalen lateralen Anteil des Talus im Bereiche des talonavikulären Gelenkes bzw. kaudal zum Calcaneus hin, im Sinne eines lokalen, nicht mehr frischen Bone bruise mit auch leichter Signalstörung im talokalkanearen Bandapparat in dieser Region, im Sinne einer durchgemachten Distorsion bzw. einer posttraumatischen Läsion. Leichte Entrundung der Gelenksfläche in dieser Region. Die übrigen ossären Strukturen im Rückfuss/OSG-Bereich seien normal. Mässige Peritendinose um die Peroneus brevis-Sehne herum, welche im inframalleolären Verlauf eine leichte Signalsteigerung aufweise, jedoch kontinuiertäterhalten dargestellt sei (act. 9.80).
- b) Dr. K. _____ von der Orthopädie L. _____ diagnostizierte am 2. Dezember 2016 einen Status nach Chopart-Distorsion mit Bone bruise talonavicular medial betont rechts. Es bestünden persistierende Schmerzen vor allem bei Belastung, aktuell werde noch eine Sprunggelenksorthese getragen. Derzeit liege nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (act. 9.13).
- c) In der Sprechstunde bei Dr. K. _____ vom 10. Januar 2017 berichtete der Versicherte tendenziell über eine Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik. Um Neujahr herum habe er sechs Stunden am Stück gehen müssen, seitdem bestünden verstärkt wieder Schmerzen. Es wurde eine Infiltration des Sinus tarsi bzw. des distalen Subtalargelenkes mit Kenacort-Zusatz vereinbart, welche am 16. Januar 2017 durchgeführt wurde (act. 9.19; act. 9.21).
- d) Der Telefonnotiz der Versicherung B. _____ vom 27. Januar 2017 ist zu entnehmen, dass der Versicherte die Arbeit am 23. Januar 2017 wieder zu 100 % aufgenommen habe. Da es jedoch keine Arbeit gegeben habe, habe er nicht arbeiten gehen müssen (act. 9.24).
- e) In seinem Bericht vom 22. Februar 2017 betreffend die letzte Sprechstunde führte Dr. K. _____ aus, die Beschwerden seien durch die Infiltration deutlich reduziert. Es sei noch eine MalleoTrain-Bandage abgegeben worden, damit die Propriozeptionsfähigkeit des Fusses etwas unterstützt werden könne. Der Patient habe die Physiotherapie wieder aufgenommen. Man sei so verblieben, dass sich der Patient wieder melde, falls die Beschwerden wider Erwarten stärker werden sollten (act. 9.26).

- f) Nachdem der Beschwerdeführer am 1. Mai 2017 gegenüber Dr. K. _____ über Restbeschwerden geklagt und um eine Wiederholung der Spritze gebeten hatte, erfolgte an jenem Tag eine erneute ambulante Infiltration (act. 9.29).
- g) Am 13. Juni 2017 berichtete Dr. K. _____, die letzte Infiltration habe keine grossartige Wirkung gezeigt. Es bestehe ein verzögerter Verlauf nach der Fussverletzung. Der Patient sei für ein Verlaufs-MRI angemeldet worden, damit der Heilungsprozess des Chopart- und Subtalargelenks objektiviert werden könne (act. 9.33).
- h) In seiner Beurteilung vom 17. Juni 2017 betreffend das MRI OSG rechts vom 9. Juni 2017 führte Dr. K. _____ aus, letzteres zeige eine völlige Regredienz des Knochenmarködems im Bereich des Talus. Das vermeintliche Ganglion sei sehr klein und seiner Meinung nach nicht entscheidend für die Beschwerdesymptomatik. Er deute die Restbeschwerden als Anpassungsschmerzen nach der längeren Schonung des Fusses. Der Beschwerdeführer habe noch Physiotherapie. Es werde noch eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen bescheinigt. Danach sollte die Arbeitsfähigkeit auf 100 % angehoben werden können (act. 9.35; act. 9.81).

3.2

- a) Rund ein Jahr danach stellte das Spital D. _____, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am 12. Juli 2018 die Diagnose Verdacht auf syndesmotisches Impingement bzw. Affektion des Basset-Ligaments rechtsseitig nach OSG-Distorsion im Oktober 2016. Beim Status wurde beschrieben, die Inspektion sei unauffällig. Kein Hinweis für eine zugrundliegende begleitende Rückfussdeformität, insbesondere kein Hinweis für einen Rückfussvarus. Die Funktionsprüfung zeige stabile ligamentäre Verhältnisse ohne Hinweise für einen höhergradigen Talusvorschub oder eine vermehrte laterale Aufklappbarkeit des rechten OSG im Seitenvergleich. Druckschmerz über dem Verlauf der vorderen Syndesmose. Die Syndesmosentests mit Cotton- und Frick-Test, Squeeze-Test und Testung der sagittalen Stabilität der Syndesmose seien jedoch negativ. Die dorsale Kette zeige sich etwas verkürzt mit einem schwach positiven Silverskjöld-Test. Die Analyse der auswertigen Bildgebung mit MRT aus den Jahren 2016/17 zeigten im Verlauf eine vollständige Regredienz des ursprünglichen Knochenmarködems im Rückfussbereich beziehungsweise im Talus (act. 9.87).
- b) Am 20. Juli 2018 diagnostizierte das Spital D. _____ eine unklare Schmerzsymptomatik im Bereich der vorderen Syndesmose rechtes antero-laterales OSG. Der leitende Arzt erörterte, der klinische Befund sei unverändert. Die

Beschwerden hätten nicht spontan nachgelassen. Es zeige sich weiterhin ein gut lokalisierbarer Druckschmerz im Bereich der Unterkante der vorderen Syndesmose. Weniger Druckschmerz auch im Verlauf des LFTA rechtsseitig. Eine Instabilität könne weiterhin nicht festgestellt werden. Auch subjektiv klagte der Patient über keinerlei Instabilitätszeichen. Der schriftliche Befundbericht der MRI-Untersuchung mit intraartikulärer Kontrastmittelgabe des rechten OSG vom 16. Juli 2018 beschreibe ein normales MR-Arthrogramm des rechten OSG's ohne Nachweis einer osteochondralen Läsion. Auch zeige sich nach Angaben des befundenden Kollegen eine normale Syndesmose inkl. Basset-Ligament von max. 2mm Dicke. Des Weiteren werde der mediale und laterale Bandapparat als normal beschrieben ohne Hinweise für eine Synovitis (act. 9.42; act. 9.44).

- c) Am 9. August 2018 hielt das Spital D. _____ als Diagnose den Verdacht auf syndesmotisches Impingement OSG rechtsseitig bei MR-tomographischem Nachweis einer vollständigen LFTA-Ruptur fest. Es bestehe prinzipiell die Indikation zur operativen Rekonstruktion des vollständig rupturierten LFTAs. In der operativen Sitzung sollte zuvor eine Arthroskopie des OSG durchgeführt werden, um hier ein mögliches syndesmotisches Impingement diagnostizieren und behandeln zu können. Dies würde aus einer Reduzierung des inferioren Anteils der vorderen Syndesmose (Basset-Ligament) bestehen (act. 9.46).
- d) Am 21. August 2018 erfolgte am Spital D. _____ eine OSG-Arthroskopie rechts mit Resektion des syndesmotischen Impingements, Exploration LFTA rechts. Im Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom 20. bis 22. August 2018 wurde ein syndesmotisches Impingement OSG rechtsseitig nach OSG-Distorsion diagnostiziert (act. 9.52). Im Operationsbericht finden sich folgende diagnostische Angaben: Kein Hinweis für osteochondrale Läsionen. Im Bereich des antero-lateralen Gutters zeigten sich deutliche Adhäsionen und Vernarbungen. Die vordere Syndesmose sei überwuchert. Dies passe zu der klinischen Diagnose eines syndesmotischen Impingements. Die laterale Taluskante habe dabei bei Bewegung des OSG Kontakt zu diesen Adhäsionen. Deshalb erfolge die vollständige Resektion des narbigen Konglomerats. Der Verlauf der vorderen Syndesmose werde respektiert. Die weitere Inspektion des OSG sei unauffällig (act. 9.53).
- e) In seiner Stellungnahme vom 27. August 2018 hielt Kreisarzt Dr. M. _____ fest, die Operation vom 21. August 2018 sei explizit ohne Nachweis irgendeiner Schädigung und schon gar nicht aufgrund von Unfallfolgen des Ereignisses vom 3. Oktober 2016 erfolgt,

nach Ausschluss von unfallkausalen Schäden durch das MRT. Beschwerden und Behandlungen inkl. Operation im Jahr 2018 seien nicht unfallkausal (act. 9.54).

- f) Im Spital D. _____-Untersuchungsbericht vom 6. September 2018 äusserte sich der leitende Arzt dahingehend, aus seiner Sicht stehe der vorliegende Fall ganz klar in einem deutlichen Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis vom 3. Oktober 2016. Sowohl die Klinik als auch Bildgebung als auch der intraoperative Befund bestätigten die Diagnose eines syndesmotischen Impingements, welches klassischerweise postoperativ nach einer Distorsion und kapsuloligamentären Verletzung des OSG auftrate (act. 9.58).
- g) In einer neuerlichen Kurzbeurteilung vom 7. September 2018 legte Dr. M. _____ dar, der MRT-Befund des OSG rechts vom 17. Juli 2018 dokumentiere einen Normalbefund, insbesondere keine Bandverletzung oder Narbe nach Verletzung, weder vordere Syndesmose noch im Bereich der lateralen Bänder. Deshalb ohne Nachweis von Unfallfolgen, wie beweisend im MRT 17. Juli 2018 dokumentiert, gebe es keine natürliche Kausalität zum Unfall vom 3. Oktober 2016 für die Beschwerden des Versicherten seit Juli 2018 und die Operation vom 21. August 2018 (act. 9.59).
- h) In der Stellungnahme des Versicherung F. _____-Vertrauensarztes, welche in der Einsprache des Krankenversicherers integriert ist, wurde ausgeführt, die Untersuchungsbefunde sprächen von Anfang an für ein Distorsionstrauma im rechten Fuss. Auch wenn anfänglich der Fokus auf dem Chopart-Gelenk gelegen habe, so schliesse dies eine Distorsion des Sprunggelenks nicht aus, ja es sei eher schwer vorstellbar, wie lediglich das Chopart-Gelenk torquiert werden sollte und dabei das Sprunggelenk nicht betroffen sei. Ein MRI posttraumatisch belege die Distorsion durch den Bone bruise (Knochenmarksignal). Im Operationsbericht des Spital D. _____ würden deutliche Adhäsionen und Vernarbungen beschrieben. Die vordere Syndesmose sei überwuchert gewesen. Dies müsse mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Ursache des syndesmotischen Impingements im OSG gesehen werden. Die Argumentation des Kreisarztes sei nicht nachvollziehbar. Auch wenn im MRI keine frischen Verletzungen sichtbar gewesen seien, müsse er sich doch fragen, woher die Beschwerden beim Versicherten stammten. Der Operationsbericht zeige deutlich die Veränderungen im OSG, wie sie typischerweise nach einem Distorsionstrauma auftreten können. Bei den im Rahmen der Operation festgestellten Adhäsionen und Vernarbungen sowie der überwucherten Syndesmose – welche die Ursache für die andauernden und wiederaufgetretenen Schmerzen darstellten – handle es sich eindeutig um Unfallfolgen (act. 9.70).

- i) In seiner Beurteilung vom 9. Januar 2019 hielt Dr. M. _____ fest, zusammenfassend unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Unterlagen, Berichte, Befunde sowie seiner persönlichen Analyse und Befundung der drei MRTs habe der Unfall vom 3. Oktober 2016 in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. K. _____ zu einer Zerrung im Bereich der Fusswurzel rechts, fachärztlich Chopart-Distorsion genannt, geführt, mit einem vorübergehenden Reizzustand im betroffenen Fusswurzelbereich als Bone bruise. Unter der fachgerechten konservativen Therapie durch Dr. K. _____ sei es zur vollständigen Ausheilung mit Restitutio ad integrum gekommen, bildgebend dokumentiert durch eine Kontrollmagnetresonanztomographie am 9. Juli 2017, mit Abschluss der unfallkausalen Behandlung mit letztmaliger Physiotherapie am 4. August 2017 und Bestätigung des Abschlusses der unfallkausalen Behandlung am 30. August 2017. Zu keinem Zeitpunkt der unfallkausalen Behandlung hätten Beschwerden im Bereich des rechten OSG, dort lokalisierte oder radiologische Befunde bestanden, und keine strukturellen Schädigungen des OSG durch den Unfall vom 3. Oktober 2016 in den beiden durchgeführten Magnetresonanztomographien. Im Gegenteil dokumentiere das MRT vom 9. Juni 2017 einen altersentsprechenden Normalbefund für alle Strukturen des rechten OSG, wie auch rechten unteren Sprunggelenks und rechten Fusses. Ebenso dokumentierten die Berichte von Dr. K. _____ explizit, dass keinerlei Beschwerden oder klinische Befunde zu einer Schädigung des OSG vorgelegen hätten. Entsprechend sei die unfallkausale Behandlung aufgrund des Ereignisses vom 3. Oktober 2016 im August 2017 dauerhaft abgeschlossen gewesen, ohne bleibende Unfallfolgen oder dauerhafte Gesundheitsschädigung im Bereich des rechten Sprunggelenks oder Fusses (act. 9.91).
- j) In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. März 2019 äusserte sich Dr. M. _____ namentlich zu den neu vorgelegten Videoprints. Er erörterte dabei, was die einzelnen Bilder dokumentierten und hielt schliesslich fest, die intraoperativen Videoprints würden die Beurteilung vom 9. Januar 2019 stützen, wonach keine strukturelle Schädigung nachweisbar dokumentiert im Bereich des rechten OSG durch das Ereignis vom 3. Oktober 2016 verursacht wurde, insbesondere keine Bandverletzung, auch nicht im Bereich des intakt dokumentierten und im Operationsbericht so beschriebenen vorderen Aussenbandzügels und in Übereinstimmung mit den MRT-Untersuchungen. Daher sei intraoperativ – wie präoperativ durch die MRT-Untersuchungen bereits dokumentiert – die Hypothese von Dr. N. _____ nicht nur nicht bestätigt, sondern widerlegt worden, dass das Ereignis vom 3. Oktober 2016 eine Bandverletzung und dadurch auch intraartikuläre Verletzung des OSG verursacht habe (act. 9.91).

- k) Den in diesem Verfahren von beschwerdeführerischer Seite beigebrachten Stellungnahmen des Chirurgen Dr. H. _____ vom 29. März bzw. 22. Mai 2019 ist zu entnehmen, da es sich bei der Fussdistorsion rechts am 3. Oktober 2016 um ein erhebliches Trauma mit einem temporären Knochenmarksödem gehandelt habe, sei anzunehmen, dass es auch zu einer Läsion der vorderen Syndesmose, jedoch nicht zu einer Bandläsion gekommen sei. Die im weiteren Verlauf wahrscheinlich entstandene Vernarbung der vorderen Syndesmose habe überwiegend wahrscheinlich zu der sich klinisch manifestierenden Impingementproblematik im Sinne einer Spätfolge des Ereignisses vom 3. Oktober 2016 geführt (act. 9.104). Die intraoperativ durch den Operateur objektivierten Befunde könnten nicht durch eine Bildgebung objektiviert werden, da diese auch von der Interpretation des Betrachters abhängig sei. Vorliegend sei es nach dem Ereignis zu einer Brückensymptomatik gekommen, welche dazu geführt habe, dass auch im Sinne einer erweiterten Diagnostik am 21. August 2018 die Arthroskopie des rechten OSG mit Resektion des syndesmotischen Impingements und Exploration des LFTA vorgenommen worden sei. Für diesen Eingriff sei die Versicherung B. _____ leistungspflichtig (act. 9.102).
- l) Der von der Vorinstanz im Beschwerdeverfahren beigebrachten chirurgischen Beurteilung von Dr. I. _____ vom 28. August 2019 ist zu entnehmen, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Versicherte im Rahmen des Unfalls vom 3. Oktober 2016 eine Distorsion des rechten OSG mit einer Schädigung des lateralen Kapsel-Band-Apparats des OSG oder eine Verletzung der vorderen Syndesmose erleide. Bestätigung finde dies mit dem Befund der MR-Tomographie vom 17. November 2016. Wäre eine klassische OSG-Distorsion mit einer Schädigung des lateralen Kapsel-/Bandapparats des OSG und/oder einer Schädigung der vorderen Syndesmose bei dem Ereignis vom 3. Oktober 2016 eingetreten, wäre zu erwarten, dass bildgebend und klinisch Zeichen einer solchen Verletzung objektiviert worden wären. Das Fehlen dieser typischen Veränderungen spreche mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dagegen, dass eine Distorsion des rechten OSG im Rahmen des Ereignisses vom 3. Oktober 2016 erfolgt sei. Eine Verletzung der Syndesmose im Bereich der Knöchel gelte definitorisch als Verletzung des OSG.

Es sei auch nicht wahrscheinlich, dass die Veränderungen, die im Rahmen der Operation vom 21. August 2018 gefunden worden seien und die mit Bericht vom 27. August 2018 als Ursache eines syndesmotischen Impingements (gemeint sei wohl ein Impingement durch das Bassett-Ligament) beschrieben werden, Folge des Ereignisses vom 3. Oktober 2016 seien. Eine OSG-Distorsion werde als eine mögliche Ursache für ein Impingement des OSG genannt. Neben den Folgeerscheinungen von akuten Traumen

würden auch rezidivierende Mikrotraumen (z.B. beim „footballer's ankle“), ein „overuse“, und anatomische Veränderungen genannt. Bei den anatomischen Varianten sei besonders das sog. Bassett-Ligament, das einen akzessorischen Zügel der vorderen Syndesmose darstelle, zu nennen. Das Vorhandensein dieser anatomischen Variante könne ein anteriores Impingement auslösen. In diesem Fall werde mit dem fachradiologischen Bericht vom 17. Juli 2018 das Vorliegen eines Bassett-Ligaments (einer anatomischen Variante entsprechend) bestätigt. Das Vorhandensein von Adhäsionen und Vernarbungen im Bereich des antero-lateralen „Gutters“ könne z.B. Folge einer Gewebszerreissung sein – wobei eine solche in diesem Fall im OSG nicht objektiviert werde –, könne jedoch genauso auf eine chronische Einklemmung (Impingement) des vorwiegend aus Fettgewebe und Synovia bestehenden Gewebes hinweisen.

Wie bereits der Kreisarzt Dr. M. _____ festgehalten habe, wechsle die Beschwerdelokalisation, die mit den ärztlichen Berichten dokumentiert werde, im Verlauf. Beschwerden im Bereich des OSG würden erst mit den Berichten aus dem Spital D. _____ genannt. Zuvor dominierten – passend zu einer Distorsion der Fusswurzel im Chopart-Gelenk – Beschwerden ebendort. Diese Beschwerden passten auch zu der Verteilung des Knochenmarködems. Die Ausheilung des Knochenmarködems sei bildgebend der Ausdruck der Heilung der Distorsion im Chopart-Gelenk am 16. Juli 2018.

Im Ergebnis seien die mit der Rückfallmeldung vom 27. Juli 2018 geltend gemachten Beschwerden am rechten OSG nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Oktober 2016 zurückzuführen (act. 9.112).

- m) Der zusammen mit der Replik beigebrachten Beurteilung von Dr. H. _____ vom 27. September 2019 ist zu entnehmen, die am 21. August 2018 behandelten OSG-Beschwerden stünden zumindest in einem Teilkausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3. Oktober 2016. Laut Dr. M. _____ habe die MRT des rechten OSG vom 17. Juli 2018 einen Normalbefund ergeben. Insbesondere habe sich keine Bandverletzung oder Narbe nach Verletzung gezeigt, weder im Bereich der vorderen Syndesmose noch im Bereich der Seitenbänder. Diese Feststellung stehe im Gegensatz zur klinischen Diagnose des Spital D. _____, das in seinem Bericht vom 9. August 2018 den Verdacht auf ein syndesmotisches Impingement im OSG erhoben habe. Da es sich bei der Fussdistorsion rechts am 3. Oktober 2016 um ein erhebliches Trauma mit einem temporären Knochenmarködem gehandelt habe, sei anzunehmen, dass es auch zu einer Läsion der vorderen Syndesmose gekommen sei. Die im weiteren Verlauf entstandene Vernarbung der vorderen Syndesmose habe überwiegend wahrscheinlich zu der sich klinisch manifestierenden Impingementproblematik im Sinne einer Spätfolge

des Unfalls vom 3.10.2016 geführt. Die vordere Syndesmose sei überwuchert gewesen mit Kontakt zur lateralen Taluskante bei Bewegungen im OSG. Soweit im Übrigen Dr. I. _____ argumentiere, eine Verletzung der vorderen Syndesmose, die zu einer narbigen Ausheilung führt, würde mit einer Blutung einhergehen, sei festzuhalten, dass die erste Bildgebung erst knapp vier Wochen nach dem Unfallereignis durchgeführt worden sei. In dieser Zeitspanne sei eine weitgehende Resorption des Hämatoms zu erwarten (act. 12.6).

4. 4.1

Die Versicherung B. _____ erwog, Dr. I. _____ und Dr. M. _____ hätten eingehend und nachvollziehbar dargelegt, weshalb es anlässlich des Unfalls vom 3. Oktober 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner Distorsion des rechten OSG mit einer Schädigung des lateralen Kapsel-Band-Apparats des OSG oder einer Verletzung der vorderen Syndesmose gekommen sei. Demgemäss seien die vom Spital D. _____ beschriebenen Vernarbungen und Überwucherungen an der Syndesmose nicht auf den Unfall vom 3. Oktober 2016 zurückzuführen. Der Abschluss der unfallkausalen Behandlung mit letztmaliger Physiotherapie sei vorliegend im August 2017 erfolgt. Anschliessend seien während der Dauer von nahezu einem Jahr keine Beschwerden dokumentiert worden und es hätten keine Brückensymptome vorgelegen. Mithin gälten die Unfallfolgen spätestens per 30. August 2017 als ausgeheilt. Entsprechend entfalle eine Leistungspflicht der Versicherung B. _____ für die nach August 2017 geklagten Beschwerden.

4.2

Der Beschwerdeführer hält dafür, das Verfahren betreffend das Ereignis vom 3. Oktober 2016 sei gar nie formell abgeschlossen worden. Sodann könnten Brückensymptome auch anerkannt werden, wenn der Versicherte nicht durchgehend in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe einige Monate nicht in seiner üblichen körperlich anstrengenden Tätigkeit auf dem Bau gearbeitet, sondern im Rahmen des Zivildienstes im Büro. Die Beschwerden seien nie komplett weg gewesen. Er habe ausserdem zuhause physiotherapeutische Übungen durchgeführt. Im Übrigen sei die Argumentation, der Unfall vom 3. Oktober 2016 habe bloss Schädigungen im Bereich der rechten Fusswurzel bewirkt und keine strukturelle Verletzung im Bereich des rechten OSG, nicht nachvollziehbar. Dr. H. _____ habe ausführlich beschrieben, dass es sich bei der Fussdistorsion um ein erhebliches Trauma gehandelt habe, weshalb es als überwiegend wahrscheinlich angesehen werden könne, dass es auch zu einer Läsion der vorderen Syndesmose gekommen sei. Im Verlauf sei es deshalb zur Vernarbung und der sich klinisch manifestierenden Impingementproblematik gekommen. Gesamthaft habe die Versicherung B. _____ den Wegfall der Kausalität nicht bewiesen und sie sei nach wie vor leistungspflichtig.

5. 5.1

Ein Rückfall im Sinne des Unfallversicherungsrechts liegt vor, wenn der (Grund-)Fall zunächst abgeschlossen werden konnte, sei es mit oder ohne Zusprechung einer Rente (RKUV 2006 Nr. U 570 S. 74, U 357/04 E. 1.5.2). Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4 S. 417; Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts 8C_102/2008 vom 26. September 2008 und 8C_433/2007 vom 26. August 2008).

5.2

- a) Der Beschwerdeführer weist grundsätzlich zutreffend darauf hin, dass die Versicherung B. _____ das Dossier für den ursprünglich gemeldeten Unfall vom 3. Oktober 2016 zunächst nicht formell abgeschlossen hatte. Erst nach Eingang der Rückfallmeldung im Juli 2018 teilte die Versicherung B. _____ dem Versicherten am 28. August 2018 mit, dass sie die Kosten für den Unfall vom 3. Oktober 2016 bis und mit 31. Mai 2017 übernehme, derweil die Beschwerden ab Juni 2017 nicht mehr unfallkausal seien (act. 9.56).

b) Zur Klärung der Frage, ob man es hier noch mit dem Grundfall oder mit einem Rückfall zu tun hat bzw. ob im vorliegenden Fall Brückensymptome vorliegen (vgl. oben E. 4.1), ist zunächst eingehend zu prüfen, wie sich die Beschwerdesituation beim Versicherten ab dem Unfall vom 3. Oktober 2016 entwickelt hat. Im Anschluss an jenen Vorfall, bei welchem der Beschwerdeführer mit dem Fuss abgeknickt war, stand jener ab dem 5. Oktober 2016 regelmässig in ärztlicher Behandlung bei seinem damaligen Hausarzt Dr. O. _____ (vgl. die einzelnen Behandlungseinträge in act. 9.110). Dieser dokumentierte für die auf den Unfall folgenden Monate eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. 7 ff.). Der Versicherte nahm damals ausserdem Physiotherapie in Anspruch. Am 25. November 2016 erfolgte erstmals eine Sprechstunde beim Orthopäden Dr. K. _____. Laut dem betreffenden Bericht habe der Beschwerdeführer dabei über persistierende Schmerzen bei Belastung geklagt. Er trage aktuell noch die Sprunggelenksorthese. Der behandelnde Facharzt hielt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von vier Wochen fest (act. 9.13). Eine weitere Konsultation bei Dr. K. _____ fand am 23. Dezember 2016 statt, wobei der Versicherte in etwa über gleichbleibende Schmerzen klagte. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde im nämlichen Bericht damals festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde bis zum 2. Januar 2017 verlängert. Anschliessend könne ein Arbeitsversuch zu 100 % erfolgen (act. 9.18). Nachdem der Versicherte am 4. Januar 2017 gegenüber Dr. K. _____ tendenziell über eine Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik klagte (vgl. act. 9.19), veranlasste der behandelnde Arzt eine Infiltration, welche am 9. Januar 2017 durchgeführt wurde (act. 9.21). Der Versicherte wurde hierauf noch bis am 22. Januar 2017 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (act. 9.22). Die nächste Sprechstunde bei Dr. K. _____ erfolgte am 13. Februar 2017. Laut Bericht seien die Beschwerden durch die Infiltration deutlich reduziert gewesen. Es sei noch eine MalleoTrain-Bandage abgegeben worden, damit die Propriozeptionsfähigkeit des Fusses etwas unterstützt werden könne. Der Patient habe die Physiotherapie wieder aufgenommen. Man sei so verblieben, dass sich der Patient wieder melde, falls die Beschwerden wider Erwarten stärker werden sollten (act. 9.26). Entsprechend stellte Dr. K. _____ in der Folge mehrfach eine Verordnung zur Physiotherapie aus, so am 20. Februar 2017 (act. 9.28), am 17. März 2017 (act. 9.30) sowie am 26. April 2017 (act. 9.36). Am 1. Mai 2017 erfolgte auf Wunsch des Beschwerdeführers aufgrund von Restbeschwerden nochmals eine Infiltration (act. 9.29). In dem Bericht zur darauf folgenden Konsultation vom 13. Juni 2017 wurde ausgeführt, die letzte Infiltration habe keine grossartige Wirkung gezeigt. Es bestehe ein verzögerter Verlauf nach der Fussverletzung. Der Patient sei für ein Verlaufs-MRI angemeldet worden, damit der Heilungsprozess des Chopart- und Subtalargelenks objektiviert werden könne (act. 9.33). Fragliches MRI fand am 16. Juni 2017 statt und Dr. K. _____ berichtete daraufhin, die Aufnahmen zeigten eine völlige Regredienz des Knochenmarködems im

Bereich des Talus. Das vermeintliche Ganglion sei sehr klein und seiner Meinung nach nicht entscheidend für die Beschwerdesymptomatik. Er deute die Restbeschwerden als Anpassungsschmerzen nach der längeren Schonung des Fusses. Der Beschwerdeführer habe noch Physiotherapie. Es werde noch eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen bescheinigt. Danach sollte die Arbeitsfähigkeit auf 100 % angehoben werden können (act. 9.35; act. 9.81). In der Folge hatte sich der Beschwerdeführer anscheinend noch bei der Versicherung B. _____ gemeldet und um eine kreisärztliche Untersuchung gebeten, woraufhin ihm jedoch mitgeteilt wurde, er solle zuerst noch einmal zu Dr. K. _____gehen, und der Versicherte hatte dazu erwidert, er werde dies tun (act. 9.38). Im Anschluss an das betreffende Dokument sind allerdings keine Behandlungsberichte von Dr. K. _____mehr dokumentiert. Die Praxis von Dr. K. _____hatte am 30. August 2017 ausdrücklich den Abschluss der Behandlung per 16. Juni 2017 bestätigt (act. 9.40). Der Beschwerdeführer hat sich – was von ihm nicht bestritten wird – erst im Juli 2018 wieder in ärztliche Behandlung begeben, als die Untersuchung im Spital D. _____durch den leitenden Arzt Dr. N. _____erfolgte (vgl. 9.87). Damit war rund ein Jahr seit der letzten fachärztlichen Behandlung vergangen. Was die Frage betrifft, ob der Beschwerdeführer immerhin noch Physiotherapie in Anspruch genommen hatte, ist darauf hinzuweisen, dass die letzte Physiotherapie-Verordnung am 7. Juni 2016 für eine Anzahl von 9 Behandlungen ausgestellt wurde, und die letzte betreffende Therapieanwendung fand dann offenbar am 4. August 2017 statt (vgl. act. 9.84, S. 2).

- c) Der Beschwerdeführer macht in diesem Beschwerdeverfahren geltend, es hätten auch nach August 2017 weiterhin Beschwerden vorgelegen. Er bringt vor, er habe von Oktober 2017 bis April 2018 Zivildienst geleistet und dabei eine Bürotätigkeit verrichtet. Die Schmerzen seien nie komplett weg gewesen. Insbesondere beim Sport oder sonstigen körperlich anstrengenden Tätigkeiten habe der rechte Fuss geschmerzt. Als er im April 2018 seine Arbeit als Spengler wieder aufgenommen habe, habe er täglich Schmerzen gehabt und zuhause ihm beigebrachte Physiotherapie-Übungen gemacht. Da dies nichts gebracht habe, sei er wieder in ärztliche Behandlung gegangen.
- d) Im Sinne obiger Erwägungen (vgl. lit. b) besteht offensichtlich keine konkrete echtzeitliche aktenmässige Dokumentation für eine durchgehende Beschwerdeproblematik beim Versicherten von August 2017 bis Juli 2018. Wohl weist der Beschwerdeführer grundsätzlich zurecht darauf hin, dass Brückensymptome nicht nur dann anzuerkennen sind, wenn durchgängig eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 12/06 vom 6. Juni 2006 E. 4.3.2.). Mit Blick auf den vorliegenden Fall können solche Brückensymptome allerdings nicht als beweis-

kräftig ausgewiesen gelten. Es erscheint namentlich fraglich, wieso der Beschwerdeführer ab Anfang August 2017 trotz angeblich nach wie vor bestehender Schmerzen keine ärztliche Behandlung und keine Physiotherapie mehr in Anspruch genommen hatte, obwohl er damals bis zum Beginn des Zivildienstes im Oktober 2017 anscheinend immer noch auf seinem angestammten körperlich anstrengenden Beruf auf dem Bau arbeitete; für die betreffende Zeitspanne ist jedenfalls keine Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Ebenso fraglich ist, wie der Beschwerdeführer in der während der zur Diskussion stehenden Zeit von August 2017 bis Juli 2018 nunmehr anscheinend wieder in der Lage gewesen ist, auch Sport zu betreiben. Am 13. Februar 2017 hatte er nämlich gegenüber Dr. K. _____ ausgeführt, dass Sport treiben nicht möglich sei, obwohl die Schmerzen damals als „tolerabel“ beschrieben wurden und der Beschwerdeführer im Übrigen normal gearbeitet habe (act. 9.26). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermögen schliesslich auch die Behandlungsberichte des Spital D. _____ (act. 9.87; act. 9.42; act. 9.46; act. 9.72) keine schlüssigen Aussagen zur Beschwerdesituation des Versicherten für die Zeit von August 2017 bis Juli 2018 zu liefern. Die betreffenden Berichte, gemäss welchen beim Versicherten nie eine vollständige Beschwerdefreiheit vorgelegen haben soll, beruhen offensichtlich rein auf den subjektiven Angaben des Versicherten, doch taugen letztere – wie eben ausgeführt – gerade nicht für den Nachweis einer Brückensymptomatik.

- e) Fehlt es vorliegend also an nachgewiesenen Brückensymptomen zwischen August 2017 und der im Juli 2018 bei der Versicherung B. _____ von neuem geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigung, ist im Sinne obiger Rechtsprechung (vgl. E. 4.1) ein Leistungsanspruch nicht mehr unter dem Aspekt des Grundfalls, sondern eines Rückfalls zu prüfen. Demzufolge hat der Beschwerdeführer den Kausalzusammenhang zwischen den diagnostizierten Beschwerden am OSG und dem versicherten Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_84/2010 vom 1. Juni 2010 E. 4.1.2).

6. 6.1

Im Rahmen der Untersuchungen im Spital D. _____ im Juli bzw. August 2018 hatte der Beschwerdeführer über ein anhaltendes Schmerzsyndrom im Bereich der vorderen Syndesmose geklagt. Die weiterführende bildgebende Abklärung habe den dringenden Verdacht auf eine LFTA-Ruptur ergeben. Klinisch habe der Verdacht auf ein (infra-)syndesmotisches Impingement bestanden. Für das Spital D. _____ ergab sich so die Indikation für den Eingriff vom 21. August 2018. Der intraoperative Befund lieferte dann keinen Hinweis für osteochondrale Läsionen. Hingegen hätten sich im Bereich des antero-

lateralen Gutters deutliche Adhäsionen und Vernarbungen gezeigt. Die vordere Syndesmose sei überwuchert gewesen, was zu der klinischen Diagnose eines syndesmotischen Impingements gepasst habe. Die laterale Taluskante habe dabei bei Bewegung des OSG Kontakt zu diesen Adhäsionen. Deshalb sei die vollständige Resektion des narbigen Konglomerats erfolgt. Im Übrigen sei die weitere Inspektion des OSG unauffällig gewesen. Des Weiteren erhärtete sich der Verdacht auf eine Ruptur des LFTA nicht. Vielmehr wurde dieses als suffizient beschrieben (act. 9.53; act. 9.58).

6.2

- a) Im Folgenden ist nun anhand der vorliegenden medizinischen Berichte eingehend zu prüfen, ob bzw. inwieweit das syndesmotische Impingement als Ursache des Unfalls vom 3. Oktober 2016 anzusehen ist. Dr. I. _____ vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Versicherung B. _____ sowie der Kreisarzt Dr. M. _____ halten übereinstimmend fest, es sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es im Rahmen des fraglichen Ereignisses nebst einer Distorsion im Chopart-Gelenk auch zu einer Distorsion des OSG gekommen sei, womit auch eine syndesmotische Verletzung nicht hinreichend nachgewiesen sei.
- b) Was zunächst die Frage nach den vom Versicherten subjektiv geklagten Beschwerden betrifft, weisen Dr. I. _____ wie auch Dr. M. _____ zunächst darauf hin, dass die mit den ärztlichen Berichten dokumentierte Beschwerdelokalisation im Verlauf gewechselt habe. Beschwerden im Bereich des OSG würden erst mit den Berichten des Spital D. _____ genannt. Zuvor hätten – passend zu einer Distorsion der Fusswurzel im Chopart-Gelenk – Beschwerden ebendort dominiert (act. 9.112, S. 10; act. 9.84, S. 6).
- c) Was die Bildgebung betrifft, hatte das MRT vom 17. November 2016 folgenden Befund ergeben: Leichte Signalstörung im kaudalen lateralen Anteil des Talus im Bereich des talonavikularen Gelenkes bzw. kaudal zum Calcaneus hin, im Sinne eines lokalen, nicht mehr frischen Bone bruise mit auch leichter Signalstörung im talokalkanearen Bandapparat in dieser Region, im Sinne einer durchgemachten Distorsion bzw. post-traumatischen Läsion. Leichte Entrundung der Gelenkfläche in dieser Region. Die übrigen ossären Strukturen im Rückfuss/OSG-Bereich seien normal. Mässige Peritendinose um die Peroneus brevis-Sehne herum, welche im inframalleolären Verlauf eine leichte Signalsteigerung aufweist, jedoch kontinuierlich dargestellt ist (act. 9.80). Dr. K. _____ hatte den Befund als einen Status nach Chopart-Distorsion mit Bone bruise ausgewertet. Von einer Beeinträchtigung des OSG war in dessen Bericht nicht die Rede (vgl. act. 9.29). Dr. I. _____ präziserte in dieser Hinsicht, das MRT habe keine Pathologie im Bereich des OSG ergeben, also keinen Gelenkserguss, keine

Bandläsion, keine Kapselläsion, keinen Knorpelschaden und vor allem keine Läsion der Syndesmose (act. 9.112, S. 6). Auch Dr. M. _____ wies auf die fehlenden Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des OSG im MRT vom 17. November 2016 hin. Im Übrigen sei es laut dem Kreisarzt dank der fachgerechten Therapie von Dr. K. _____ in der Folge zur vollständigen Ausheilung der Verletzung im Chopart-Gelenk gekommen, was durch das Kontroll-MRT im Juni 2017 bestätigt werde (act. 9.84, S. 5). Fragliches MRT hatte verglichen mit der Voruntersuchung vom November 2016 die vollständige Regredienz des Knochenmarködems im Rückfussbereich bzw. im Talus ergeben. Auch die ligamentären Strukturen seien normal dargestellt gewesen. Es wurde noch ein kleinstes Gelenksganglion beschrieben, indes war dieses laut der Beurteilung von Dr. K. _____ nicht mehr die Ursache für die damals noch geklagten Restschmerzen. Vielmehr wurden letztere vom behandelnden Orthopäden als Anpassungsschmerz nach längerer Schonung gedeutet (act. 9.81; act. 9.35).

- d) Wurde nun vom Spital D. _____ basierend auf dessen Untersuchungen im Juli/August 2018 die Diagnose eines syndesmotischen Impingements OSG gestellt und in der Folge ein operativer Eingriff durchgeführt, stellt sich die Frage nach der Entstehung des damaligen Befundes. Dr. I. _____ erläuterte dazu detailliert, eine Verletzung der Syndesmose im Bereiche der Knöchel gelte definitorisch als Verletzung des OSG. Wäre beim Unfall vom 3. Oktober 2016 eine klassische OSG-Distorsion mit einer Schädigung des lateralen Kapsel-/Bandapparats des OSG und/oder einer Schädigung der vorderen Syndesmose eingetreten, wäre zu erwarten gewesen, dass bildgebend und klinisch Zeichen einer solchen Verletzung objektiviert worden wären. Das Fehlen dieser typischen Veränderungen spreche überwiegend wahrscheinlich dagegen, dass eine Distorsion des OSG im Rahmen des besagten Unfalls eingetreten sei. In diesem Zusammenhang nimmt Dr. I. _____ auch auf die Einschätzung von Dr. H. _____ Bezug. Letzterer hatte argumentiert, bei Darstellung eines Knochenmarködems (einzelner Fusswurzelknochen) mittels MR-Tomographie sei anzunehmen, dass es auch zu einer Läsion der vorderen Syndesmose gekommen sei. Die daraus resultierenden Vernarbungen der vorderen Syndesmose hätten dann zu der Impingement-Problematik geführt. Dr. I. _____ hielt dem jedoch in gut nachvollziehbarer Weise entgegen, eine Verletzung der vorderen Syndesmose im Bereich des OSG gelte als Ausdruck einer schweren Sprunggelenksverletzung. Eine Verletzung der vorderen Syndesmose, die zu einer narbigen Ausheilung führen würde, würde mit einer Blutung einhergehen und damit mit einem blutigen Gelenkerguss. Ein Gelenkerguss des OSG fehle aber vollständig. Auch fehle die Beschreibung der charakteristischen Hämatom-Schwellung als Ausdruck einer schweren Verletzung des OSG (act. 9.112, S. 7). Soweit Dr. H. _____ hierauf in seiner letzten Stellungnahme

noch erwiderte, dass die erste Bildgebung nach dem Ereignis erst knapp vier Wochen nach demselben durchgeführt worden sei und in dieser Zeitspanne eine weitgehende Resorption des Hämatoms zu erwarten sei, ist dies mit den zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz offensichtlich als unzutreffend zu werten. Aus dem medizinischen Dossier ergeht nämlich klar, dass im Rahmen der ärztlichen Erstkonsultation vom 5. Oktober 2016 Röntgenaufnahmen angefertigt worden waren (vgl. act. 110 S. 1). Davon abgesehen machen die Aufnahmen aus der medizinischen Literatur, mit denen Dr. I. _____ seine Argumentation untermauerte, deutlich, dass eine Syndesmose-Verletzung mit blutigem Gelenkserguss bereits klinisch deutlich erkennbar ist (act. 9.112, S. 4) und es wäre eine solche dem erstbehandelnden Arzt bestimmt nicht entgangen. Im Übrigen ergibt sich anhand der weiteren Ausführungen von Dr. I. _____, dass ein Unterbrechen der Kontinuität der Syndesmose spätestens im Rahmen der MRT vom 17. November 2016 hätte zum Ausdruck kommen müssen. Solches sei jedoch nicht der Fall gewesen.

Des Weiteren erörtert Dr. I. _____ überzeugend, dass eine Distorsion des OSG nur eine von mehreren möglichen Ursachen für ein Impingement darstelle. Neben den Folgeerscheinungen von akuten Traumen würden auch rezidivierende Mikrotraumen und anatomische Veränderungen in der medizinischen Literatur genannt. Bei den anatomischen Varianten sei besonders das sogenannte Bassett-Ligament zu nennen, das einen akzessorischen Zügel der vorderen Syndesmose darstelle. Das Vorhandensein dieser anatomischen Variante könne ein anteriores Impingement auslösen. Im vorliegenden Fall werde mit dem fachradiologischen Bericht vom 17. Juli 2018 das Vorliegen eines Bassett-Ligaments (einer anatomischen Variante entsprechend) bestätigt (act. 9.112, S. 8). Das Vorhandensein von Adhäsionen und Vernarbungen im Bereich des antero-lateralen „Gutters“ könne zum Beispiel Folge einer Gewebszerreissung sein (eine solche sei im vorliegenden Fall im OSG jedoch nicht objektiviert), könne aber genauso auf eine chronische Einklemmung (Impingement) des vorwiegend aus Fettgewebe und Synovia (Gelenkinnenhaut) bestehenden Gewebes hinweisen (act. 9.112, S. 8 f.).

- e) Da sich nach dem Gesagten die medizinischen Erklärungen und Schlussfolgerungen der beiden Ärzte Dr. I. _____ und Dr. M. _____ als schlüssig präsentieren, ist den abweichenden Auffassungen der Ärzte, auf die sich der Beschwerdeführer in diesem Verfahren beruft, nicht zu folgen. Soweit namentlich der Vertrauensarzt der Versicherung F. _____ die Veränderungen im OSG auf das fragliche Unfallereignis zurückführte und dabei etwa erläuterte, es sei eher schwer vorstellbar, wie lediglich das Chopart-Gelenk torquiert werden sollte und dabei das Sprunggelenk nicht

betroffen sei (act. 9.70), hatte der Versicherung B. _____-Kreisarzt Dr. M. _____ dieses Argument plausibel mit dem Hinweis entkräftet, eine Schädigung des Chopart-Gelenks schliesse eine gleichzeitige Distorsion des OSG zwar nicht aus, sei aber ebenso nicht zwingend mit einer solchen verbunden, insbesondere nicht, wenn das dazwischenliegende untere Sprunggelenk nicht nachweisbar dokumentiert geschädigt werde. Das posttraumatische MRI vom 17. November 2016 habe zwar ein Bone Bruise im Bereich des Talus (Sprungbeins) dokumentiert, allerdings dieses einzig umschrieben lokalisiert angrenzend an das Chopart-Gelenk, und völlig ohne Signalgebung in den Talusanteilen zum OSG (act. 91, S. 2). Sodann spricht entgegen Dr. H. _____ auch nicht der Umstand gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung der Versicherung B. _____-Ärzte, dass diese bloss eine interpretierende bzw. aktenmässige Beurteilung vorgenommen haben, derweil die Spital D. _____-Ärzte ihre Befunde aufgrund visueller intraoperativer Erkenntnisse abgegeben hätten. Vorliegend ist mit der Vorinstanz vielmehr auf den hohen Stellenwert hinzuweisen, der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung den Einschätzungen von Kreisärzten beigemessen wird. Die Kreisärzte der Versicherung B. _____ sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_510/2007 vom 3. Oktober 2008 E. 7.5.4). Diese Einschätzungen gelten natürlich auch oder gerade erst recht für die fundierten Stellungnahmen des Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Versicherung B. _____.

7. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist festzustellen, dass es dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren nicht gelingt, den Nachweis zu erbringen, dass die mit Rückfallmeldung vom 27. Juli 2018 geltend gemachten Beschwerden im Bereich des OSG mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Oktober 2016 zurückzuführen sind. Entsprechend hat die Versicherung B. _____ ihre Leistungspflicht für die fraglichen Beschwerden zu Recht verneint.
8. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich im Ergebnis als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG; SR 830.1). Dem unterliegenden Beschwerdeführer steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Für die Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Vorinstanz fehlt eine gesetzliche Grundlage (UELI KIESER, ATSG-Kommentar,

3. Aufl. 2015, N. 199 zu Art. 61 ATSG; SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 zu Art. 61 ATSG).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.

4. **Rechtsmittel:**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwältin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 15. Mai 2020