

200 14 231 UV
MAW/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Mai 2014

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Der bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie gegen Berufskrankheiten versicherte A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt bei einem Arbeitsunfall am 26. August 2010 eine Kontusion des rechten Fersenbeins (Akten der SUVA [act. II] 1, 11, 17). In der Folge erbrachte die SUVA Leistungen in Form von Taggeld und Behandlungskosten (act. II 2 - 5, 7 - 10). Nach Einholung der medizinischen Unterlagen, insbesondere zweier kreisärztlicher Untersuchungsberichte vom 10. März (act. II 36) und 8. September 2011 (act. II 72), teilte die SUVA dem Versicherten mit Schreiben vom 15. September 2011 (act. II 79) den Fallabschluss mit, da ihm ab dem 19. August 2011 – unter Berücksichtigung des durch den Kreisarzt formulierten Zumutbarkeitsprofils (act. II 72 S. 6) – wiederum eine volle Arbeitsleistung zumutbar sei.

B.

Am 5. Dezember 2011 meldete der Versicherte einen ersten Rückfall (act. II 87, 96), worauf die SUVA erneut Leistungen erbrachte (act. II 102 - 104). Ab dem 1. März 2012 konnte der Versicherte mit Taggeldleistungen der Invalidenversicherung (IV) und der SUVA ein einjähriges Praktikum als ... in der Heimstätte ... absolvieren (act. II 100, 109 f., 117). Anlässlich des Praktikumsabschlusses ging die SUVA ab dem 1. März 2013, im Rahmen des nach wie vor gültigen Zumutbarkeitsprofils (act. II 72 S. 6), wiederum von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus und stellte ihre Taggeldleistungen per 28. Februar 2013 ein (act. II 141, 146).

C.

Am 22. August 2013 meldete der Versicherte einen erneuten Rückfall (act. II 147, 149, 156), woraufhin die SUVA aktuelle medizinische Unterla-

gen und einen weiteren kreisärztlichen Untersuchungsbericht (Untersuchung vom 12. November 2013 [act. II 178]) einholte.

In der Folge verfügte sie am 2. Dezember 2013 (act. II 179) den Fallabschluss per 15. Dezember 2013 und die Ablehnung von Ansprüchen auf weitere Versicherungsleistungen, da die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien; der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 26. August 2010 eingestellt hätte (Status quo sine) sei gemäss medizinischer Beurteilung erreicht. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 182) wies die SUVA mit Entscheid vom 5. Februar 2014 (act. II 190) ab.

D.

Hiergegen erhob der Versicherte am 7. März 2014 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des ergangenen Einspracheentscheides.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. April 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 5. Februar 2014 (act. II 190). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der

gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

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 zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursa-

chen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 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 völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). 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 U 275 S. 191 E. 1c).

Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

2.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 26. August 2010 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden (Fersenschmerzen) aufgetreten sind. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer über die verfügte Leistungseinstellung per 15. Dezember 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat

und dabei insbesondere, ob die Fersenschmerzen auf den Unfall vom 26. August 2010 zurückzuführen sind.

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich diesbezüglich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 4. Oktober 2010 (act. II 6) diagnostizierte Dr. med. B. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, einen Status nach Kontusion des Calcaneus rechts. Es zeige sich ein noch hinkender Gang, da der Patient die Ferse nicht belaste. Eine Druckdolenz liege an der Ferse eher gegen dorsal, das heisse Richtung Ansatz der Achillessehne vor, streng von plantar (von der Fusssohle her) bestehe keine wesentliche Druckdolenz und auch die seitliche Kompression von medial und lateral führe nicht zu Schmerzen. Eine starke Prellung des Periostes am Calcaneus könne relativ lange schmerzhaft sein.

3.2.2 Am 26. November 2010 (act. II 21) hielt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose eine hartnäckig persistierende Schmerzsymptomatik nach Calcaneuskontusion rechts fest. Unter Physiotherapie und Schonung seien die Schmerzen regredient und die schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei gut möglich gewesen. Ab 30. Oktober 2010 habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als ... bestanden. In den letzten drei Wochen habe jedoch erneut eine starke Schmerzzunahme stattgefunden.

3.2.3 Im Bericht vom 20. Dezember 2010 (act. II 23) diagnostizierte Dr. med. B. _____ hartnäckig persistierende Schmerzen nach Calcaneuskontusion rechts, wahrscheinlich eine postkontusionelle Plantarfasciitis. Anlässlich der Untersuchung vom 30. November 2010 habe er eine Druckdolenz gefunden, die sich im Gegensatz zur Erstbeurteilung vom 30. September 2010 (vgl. E. 3.2.1 hiervor) vor allem an der Ferse plantar manifestiert habe, wo sich im konventionellen Röntgen ja auch ein Fersensporn darstellen lasse. Die Druckdolenz an der Ferse gegen den Ansatz der Achillessehne sei deutlich weniger ausgeprägt als unmittelbar plantar. Da der Patient nach der Kontusion sicher nicht mehr belastet und vor allem nicht mehr richtig abgerollt habe, sehe er eine Plantarfasciitis als Folge der

falschen Belastung und des fehlenden Abrollens mit einer tendenziellen Spitzfussstellung.

In einem weiteren Bericht vom 23. Februar 2011 (act. II 34) führte Dr. med. B._____ aus, dass es dem Patienten anlässlich der Sprechstunde vom 29. Dezember 2010 deutlich besser gegangen sei und er die Ferse wieder viel besser habe belasten können, wobei noch ein deutliches Defizit in der Beweglichkeit bestanden habe. Am 20. Januar 2011 sei es ihm nochmals deutlich besser gegangen, geradeaus habe er hinkfrei gehen können. Es hätten aber noch Schmerzen an der medialen und lateralen Fersenkante persistiert und kreisende Bewegungen im oberen Sprunggelenk (OSG) ein Knacken verursacht, das aber schmerzfrei gewesen sei. Am 15. Februar 2011 habe er den Patienten erneut gesehen, nachdem dieser die Arbeit am 1. Februar 2011 wieder aufgenommen habe. Die Schmerzen seien sofort wieder aufgetreten, so dass er nach drei oder vier Tagen Freitage bezogen habe. Die Druckdolenz im Bereich der Fasciitis sei nicht vorhanden gewesen, jedoch deutlich über der medialen Calcaneuskante.

3.2.4 Anlässlich der ersten kreisärztlichen Untersuchung vom 10. März 2011 (act. II 36) hielt Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, als unfallkausale Diagnose einen Sturz in Jauchegrube bei Arbeitsunfall mit axialer Kontusion des Calcaneus rechts mit/bei hartnäckig persistierenden Schmerzen Calcaneus rechts und Zunahme der Beschwerden seit Ruhigstellung in Vacuped am 18. Februar 2011 sowie die unfallfremde Diagnose einer arteriellen Hypertonie fest. Die seit dem Unfall bestehenden heftigen Fersenschmerzen rechts hätten einen Monat nach dem Unfall weder klinisch, radiologisch noch mit einem CT genügend objektiviert werden können. Sowohl die Annahme einer plantaren Fasciitis wie auch die erhöhte Umbauaktivität im Bereich des Fersenspornes erklärten das massive Schmerzbild nicht hinlänglich. Der Fersensporn selber sei keine direkte Unfallfolge, dieser sei auf den CT-Bildern von September 2010 bereits vorhanden gewesen. Ein Fersensporn sei kein Gebilde, welches innerhalb eines Monats nach Fersenkontusion entstehe.

3.2.5 Im Bericht vom 21. Juli 2011 (act. II 62) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates FMH, ein Heel-Pain-Syndrom bei posttraumatischer Periostitis calcanei nach Calcaneus-Anpralltrauma Fuss rechts mit posttraumatisch begleitender Fasciitis plantaris bei vorhandener plantarer calcaneärer Exostose. Mittels MRI-Untersuchung zeigten sich Veränderungen im Sinne einer Plantarfasciitis mediallyseitig, eine Einengung der Nervi plantares mediales/laterales habe nicht nachgewiesen werden können. Differentialdiagnostisch hätten keine zusätzlichen ossären Calcaneusläsionen und ebenso kein posttraumatisches Tarsaltunnelsyndrom nachgewiesen werden können. Bezüglich der Beschwerden zeige sich ein protrahierter Verlauf mit Beschwerdebesserung seit angepasster Einlagenversorgung sowie Stosswellentherapie. Bei der letzten Konsultation habe der Patient von einer anhaltenden Besserung der Beschwerden berichtet; diese träten mit verminderter Intensität nun noch abhängig von zurückgelegter Gehstrecke und Belastung auf. Bei nun erfreulicher Entwicklung sei allerdings beruflich ein Einsatz als ...mit belastenden Tätigkeiten auf ... nicht durchführbar.

3.2.6 Im Rahmen einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung vom 8. September 2011 (act. II 72), ergänzte Dr. med. D. _____ seine Diagnose bezüglich des Unfalls vom 26. August 2010 (vgl. E. 3.2.4 hiavor) um eine posttraumatisch begleitende Fasciitis plantaris bei vorbestehendem Fersensporn sowie eine markante Verbesserung der Symptomatik unter Stosswellentherapie und Schuheinlagenversorgung. Weiter diagnostizierte er neu eine Adipositas. Schwere und schwerste körperliche Arbeiten seien nicht mehr zumutbar (so auch die Tätigkeit als ...). Hingegen seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten zumutbar, unter Vermeidung von Zwangsstellungen des rechten Fusses, Schlägen und Vibrationen auf den rechten Fuss sowie länger dauerndem Gehen auf unebener Unterlage. Ersteigen von Leitern und Treppen sei möglich, jedoch nicht unter Belastung. Das Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg sei zu vermeiden. Für eine wechselbelastende Tätigkeit mit teils stehender, teils gehender und teils sitzender Belastung sei der Versicherte uneingeschränkt einsetzbar, wobei von einer ganztägigen Präsenz ausgegangen werden könne. Da die ärztliche Behandlung abgeschlossen sei und im Moment keine Therapien mehr stattfänden, könne der Fall aus administrativer Sicht abgeschlossen werden.

3.2.7 Im Zusammenhang mit der vom 22. August bis 18. September 2011 in der Abklärungsstelle H._____ durchgeführten Arbeitsmarktlich-Medizinischen Abklärung (AMA; act. II 81) der IV diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Tropen- und Reisemedizin FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Fersenschmerzen rechts nach Sturz auf die Ferse aus 2m Höhe. Das Aufpralltrauma sei ohne organisch-strukturelle Schäden geblieben. CT, MRI und Szintigraphie zeigten keine Fraktur. Es sei deshalb davon auszugehen, dass kein bleibender Gesundheitsschaden zurückbleibe. Nach einem weiteren Jahr sei mit grosser Wahrscheinlichkeit mit völliger Beschwerdefreiheit zu rechnen (S. 7 Ziff. 7).

3.2.8 Betreffend die Verlaufskonsultation vom 21. August 2013 führte Dr. med. E._____ aus, dass weiterhin nachweislich ein Heel-Pain-Syndrom mit deutlich auslösbarem Fersenschmerz (Periostitis) bestehe (act. II 155). Eine Plantarfasziitis am Ansatzbereich calcaneare und im Verlauf sei nicht nachweisbar, somit sei hier auch kein Zusammenhang mit einer möglichen plantaren calcanearen Exostose zu postulieren. Die explizit auftretenden Calcaneusschmerzen seien posttraumatisch bedingt und erstmals nach dem Arbeitsunfall vom 26. August 2010 aufgetreten. Es könnten keine vorwiegend stehenden und körperlich belastenden Tätigkeiten ausgeführt werden.

3.2.9 Der Kreisarzt med. pract. G._____, Facharzt für Chirurgie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 12. November 2013 (act. II 178) einen Arbeitsunfall mit Sturz in eine Grube mit axialem Kontusionstrauma auf den rechten Calcaneus bei vorbestehendem Fersensporn rechts, einen Status nach primär konservativer Therapie bei langanhaltender intermittierender Begleit-Fasciitis plantaris, wobei die Fasciitis plantaris aktuell abgeklungen sei. Das hinkfreie Gangbild am Untersuchungstag, die nur minime Druckdolenz im Fersenbereich und die ausgetretene Schuheinlage zeigten, dass der Versicherte zwischenzeitlich wieder voll belasten konnte und könne. Das Beschwerdebild des vorbestehenden Fersensorns, der wahrscheinlich mit dem Unfallereignis symptomatisch geworden sei, hätte sich zwischenzeitlich höchstgradig bis zu dem klinischen Bild einer Begleitfasciitis über längere Zeit ausgeweitet. Diese könne am Untersuchungstag nicht

mehr festgestellt werden. Unfallkausale strukturelle Läsionen seien eingehend diagnostisch abgeklärt worden und hätten nicht dokumentiert werden können. Von medizinischer Seite her sei der Fall abgeschlossen. Der Status quo sine sei erreicht und es bestehe keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit.

3.2.10 In einem weiteren Bericht vom 22. November 2013 (act. II 195) hielt Dr. med. E. _____ fest, dass noch keine deutliche Beschwerdefreiheit bestehe. Bei der klinischen Untersuchung sei wiederum das Punctum maximum der Schmerzlokalisierung zentral unter dem Kalkaneus auslösbar, diskret am medialen kalkanearen Ansatzbereich der Plantarfaszie. Operative Massnahmen seien hier sehr kritisch zu beurteilen, eine vorhandene plantare kalkaneare Exostose sei hier nicht ausschlaggebend für die Beschwerdesymptomatik. Eine Infiltration direkt zentral kalkanear verbiete sich, da eine Komplikation im Sinne einer Fat-Pad-Atrophie zu erwarten wäre.

Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 30. Januar 2014 (act. II 199) aus, die Infiltration vom 17. Dezember 2013 habe zu keinem positiven Verlauf geführt. Die Beschwerdesymptomatik fokussiere sich weiterhin direkt zentral kalkanear bei eher unauffälliger Plantarfaszie. Ein operativer Eingriff im Sinne einer Exostosenabtragung plantar werde ebenfalls zu keiner wesentlichen Beschwerdebesserung beitragen. Somit bleibe die Problematik des Heel-Pain-Syndromes posttraumatisch bedingt bestehen.

3.2.11 Dr. med. G. _____ führte im ärztlichen Zeugnis vom 4. März 2014 (act. II 198) aus, dass die persistierenden Fersenschmerzen rechts ohne Zweifel in einem klaren Zusammenhang mit dem Trauma vom 26. August 2010 stehen würden. Der Patient habe zuvor nie über Fersenschmerzen rechts geklagt. Seine Angaben seien immer gut nachvollziehbar und glaubwürdig gewesen; bezüglich Therapien habe er sich stets kooperativ verhalten.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, der Verfahrensablauf sei nicht korrekt erfolgt. So lasse bereits die Verschiebung des Termins für die kreisärztliche Untersuchung (vgl. act. II 165, 168, 173) Zweifel an der ordnungsgemässen Durchführung aufkommen (vgl. Beschwerde S. 1). Aus den Akten geht jedoch hervor, dass der Kreisarzt zum Zeitpunkt des geplanten ersten Termins noch nicht über sämtliche für die Beurteilung notwendigen medizinischen Unterlagen verfügte (act. II 166 - 168), um eine gezielte Untersuchung durchzuführen und eine den Anforderungen an die Rechtsprechung (vgl. E. 2.5 hiavor) genügende Beurteilung abgeben zu können. Der Kreisarzt musste vorgängig möglichst alle bestehenden medizinischen Unterlagen einsehen und studieren können. Die Terminverschiebung spricht demnach nicht gegen, sondern vielmehr für eine ordnungsgemässe Durchführung des Verfahrens. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass seine Einsprache (act. II 182) unüblich schnell bearbeitet worden sei (vgl. Beschwerde S. 4). Dies hat er zumindest sinngemäss selber verlangt, indem er am 13. Januar 2014 den Eindruck äusserte, die Beschwerdegegnerin wolle Zeit schinden (act. II 184). Auch nicht gegen die Qualität des Einspracheentscheides (act. II 190) spricht die Tatsache, dass darin ein falsches Unfalldatum vermerkt worden ist (S. 2 lit. A), denn dieses Datum entspricht demjenigen der Unfallmeldung (act. II 1) und die Abweichung von wenigen Tagen ändert an der Beurteilung der gesamten Situation nichts. Was die Vorbringen der angeblichen fremdenfeindlichen Äusserungen durch den Kreisarzt med. pract. G. _____ betrifft (vgl. Beschwerde S. 5), so wären solche – falls sie tatsächlich erfolgt sein sollten – zweifellos nicht angezeigt gewesen, hätten aber keinen Einfluss auf die hier zu beurteilende Frage der Unfallkausalität der beklagten Beschwerden. Allerdings enthält der Kreisarztbericht vom 12. November 2013 (act. II 178) keine Hinweise darauf, dass med. pract. G. _____ dem Beschwerdeführer gegenüber wegen dessen Staatsbürgerschaft voreingenommen gewesen wäre. Zudem fällt auf, dass die entsprechenden Vorwürfe erst erhoben worden sind, nachdem der Beschwerdeführer Kenntnis von dem für ihn negativen Entscheid erhalten hat. Schliesslich ist betreffend die vorerst nicht gewährte Akteneinsicht durch die Beschwerdegegnerin (act. II 193 S. 3) festzuhalten, dass dieses Verhalten nicht korrekt war, in der Folge

jedoch korrigiert wurde (act. II 191) und keinen Einfluss auf den angefochtenen Entscheid (act. II 190) hatte.

Somit ist der Einspracheentscheid – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht bereits gestützt auf die soeben dargelegten Vorbringen aufzuheben. Vielmehr ist anhand der Akten zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der beklagten Beschwerden ab 16. Dezember 2013 zu Recht verneint hat oder nicht.

4.2

4.2.1 Da die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 15. September 2011 (act. II 79) bzw. 26. Februar 2013 (act. II 146) jeweils den Fallabschluss mitteilte und der Beschwerdeführer während längerer Zeit Phasen hatte, in welchen er bei seinen alltäglichen Verrichtungen bzw. bei seiner Arbeit während des Praktikums in der Heimstätte ... (1. März 2012 - 28. Februar 2013 [act. II 109]) schmerzfrei war, ist vorliegender Fall als Rückfall zu beurteilen. Deshalb spielt es keine Rolle, dass die Beschwerdegegnerin die Kausalität beim Grundfall vom 26. August 2010 und beim ersten Rückfall am 5. Dezember 2011 (act. II 87, 96) anerkannt hat (vgl. E. 2.4 hiavor).

4.2.2 Aus den vorstehend ausgeführten Arztberichten (E. 3.2 hiavor) ergibt sich, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Probleme auf eine Knochenhautentzündung (Periostitis) am Fersenbein, im Bereich der Fusssohle, und nicht auf den bereits vor dem Unfall vom 26. August 2010 vorhandenen Fersensporn zurückzuführen sind. Die Einschätzungen der behandelnden Fachärzte Dr. med. E. _____ (vgl. E. 3.2.5 zimmerlund 3.2.8 hiavor) und Dr. med. B. _____ (vgl. E. 3.2.1 und 3.2.3 hiavor) stützen die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. D. _____, welcher einerseits festhielt, der nicht auf den Unfall zurückzuführende Fersensporn vermöge die geklagten Schmerzen nicht zu erklären, da dieser bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen sei (vgl. E. 3.2.4 hiavor) und andererseits eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit unter Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils attestierte (vgl. E. 3.2.6 hiavor). Dies nachdem der Beschwerdeführer angegeben hatte, während der AMA bei einer 50 % stehenden und 50 % sitzenden Tätigkeit ohne

Schmerzmittel, Physiotherapie oder sonstige Behandlung normal gehen zu können und lediglich noch schwere Belastungen und den Wetterwechsel zu spüren (act. II 72 S. 3). Die medizinischen Akten belegen weiter, dass die geklagten Probleme nicht auf den Unfall vom 26. August 2010 zurückzuführen sind, weil nach dem Unfall die Schmerzstelle an der Ferse Richtung Ansatz der Achillessehne und nicht im Bereich der Fusssohle war (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Die Fusssohle wurde durch den Unfall nicht traumatisiert. Die immer wieder auftretende Knochenhautentzündung am Fersenbein steht damit nicht in einem Kausalzusammenhang zum Unfall. Dies insbesondere auch, da eine solche Entzündung – sollte sie doch ursprünglich vom Unfall hervorgerufen worden sein – längst abgeheilt wäre und der Unfall zu keinen strukturellen Veränderungen geführt hat, die ein rezidivierendes Auftreten unfallkausal erscheinen liessen. Zudem kritisiert der Beschwerdeführer zwar, der Kreisarzt med. pract. G. _____ habe ihn nicht ordentlich untersucht und keine Messungen durchgeführt (vgl. Beschwerde S. 2), macht dabei aber nirgends geltend, die erhobenen Befunde seien unzutreffend. Schliesslich kann auch offen bleiben, ob der Kreisarzt med. pract. G. _____ zu einer operativen Entfernung des Fersensporns geraten hat, wie dies der Beschwerdeführer vorbringt (vgl. Beschwerde S. 3). In den aktenkundigen Berichten finden sich indessen keine entsprechenden Hinweise.

5.

Nach dem Dargelegten besteht vorliegend kein Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Schmerzen des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 26. August 2010 mehr, da gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 12. November 2013 davon auszugehen ist, dass der status quo sine überwiegend wahrscheinlich erreicht war, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung mehr bestand. Die Einstellung der Leistungen auf den 15. Dezember 2013 (act. II 179) ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde demnach abzuweisen. Zudem wäre es auch nicht zu beanstanden gewesen, wenn die Beschwerdegegnerin bei der Geltendmachung des Rückfalls vom 22. August 2013 einen solchen von Beginn weg verneint hätte.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.