

200 14 568 UV  
KNB/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 1. Dezember 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. Mai 2014 (E 670/14, E 811/14, E 1041/14)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1971 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 28. Oktober 2009 beim Beladen eines Lastwagens unter anderem eine Verletzung am linken Fuss, welche mehrere Operationen nach sich zog (Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [SUVA resp. Beschwerdegegnerin; act. IIC] 1 und 191 S. 1 bis 3). Die SUVA, bei welcher der Versicherte gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert war, erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Am 6. Dezember 2012 rutschte der Versicherte auf vereistem Boden aus, stürzte und erlitt eine Fraktur am rechten Fuss (Akten der SUVA [IIA] 9).

Nach Beizug verschiedener Arztberichte und einer kreisärztlichen Untersuchung (act. IIC 191) hielt die SUVA mit Verfügung vom 13. Dezember 2013 (act. IIA 51) fest, dass gestützt auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil ab dem 1. November 2013 eine mindestens 75%ige Erwerbsfähigkeit hinsichtlich des linken Fusses bestehe, weshalb die Taggeldleistungen per 31. Oktober 2013 eingestellt würden. Zu allfälligen weiteren Leistungen werde sie zu einem späteren Zeitpunkt Stellung nehmen. Zwischen dem Unfall vom 6. Dezember 2012 und den Fussbeschwerden rechts bestehe derzeit kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Diese Beschwerden seien vorbestehend. Die bisher ausgerichteten Versicherungsleistungen seien deshalb per 8. Oktober 2013 eingestellt worden. Auch die Kosten für die Physiotherapie würden nicht mehr übernommen. Hingegen würden diese betreffend den linken Fuss (Physiotherapie von ein Mal pro Woche) bis Ende 2013 übernommen. Auf Einsprache hin (act. IIA 52) nahm die SUVA mit Verfügung vom 27. Januar 2014 (act. IIA 55) die angefochtene Verfügung zurück, stellte jedoch gleichzeitig die Leistungen betreffend den rechten Fuss - abgesehen von den Physiotherapiekosten, welche bis Ende 2013 übernommen würden - wiederum per 8. Oktober 2013 ein; die diesbezüglich bestehenden Beschwerden stünden nicht in einem sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. Dezember 2012.

Mit Verfügung vom 18. Februar 2014 (Akten der SUVA [IIB] 243) lehnte die SUVA einen Anspruch auf eine Invalidenrente ab mit der Begründung, bezüglich des linken Fusses liege keine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vor. Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar. Nicht mehr zumutbar seien hingegen Arbeiten in Zwangspositionen des linken Unterschenkels und Fusses, mit regelmässigem Treppensteigen, mit Absturzgefahr, auf Leitern und Gerüsten, in unwegsamem Gelände sowie mit Tragen von Lasten über 15 kg.

Mit Verfügung vom 4. März 2014 (act. IIB 251) sprach die SUVA für die verbliebene Beeinträchtigung des linken Fusses eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % zu.

Die gegen die drei Verfügungen erhobenen Einsprachen (act. IIA 56, IIB 256 und 262) wies die SUVA mit Entscheid vom 9. Mai 2014 (act. IIB 266) ab.

## **B.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Anwältin C.\_\_\_\_\_, am 12. Juni 2014 Beschwerde erheben und die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes beantragen. Es seien dem Beschwerdeführer Taggelderleistungen gestützt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab dem 8. Oktober 2013 zu erbringen sowie die Heilbehandlungskosten zu übernehmen. Eventuell sei der Einspracheentscheid vom 9. Mai 2014 aufzuheben und die Sache zur rechtsgenügenden Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Nach entsprechender Aufforderung durch den Instruktionsrichter reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 7. Juli 2014 die verlangten medizinischen Unterlagen ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nach Aufforderung zur Replik teilte Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ dem Gericht mit Eingabe vom 3. November 2015 unter Beilage einer entsprechenden Vollmacht (in Kopie) mit, er vertrete neu die Interessen des Beschwerdeführers. Die bisherige Rechtsvertreterin bestätigte dies mit Zuschrift vom 10. November 2015 und reichte ihre Kostennote ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. November 2015 hielt der Instruktionsrichter unter anderem fest, dass dem neuen Rechtsvertreter im Falle eines Obsiegens lediglich der Aufwand für das Abfassen der Replikschrift entschädigt werde, ohne den zusätzlichen Aufwand für die Erarbeitung vollständiger Aktenkenntnis.

Mit Replik vom 11. Februar 2016 beantragte der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, die Gutheissung der Rechtsbegehren gemäss Beschwerde vom 12. Juni 2014.

Mit Duplik vom 17. März 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der in der Replik gestellten Anträge, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Zuschrift vom 1. Juni 2016 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Schlussbemerkungen sowie Kostennote ein. Am 20. September 2016 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Schlussbemerkungen ein.

## **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** Anfechtungsobjekt bildet der auf den Verfügungen vom 27. Januar, 18. Februar und 4. März 2014 (act. IIA 55, IIB 243 und 251) basierende Einspracheentscheid vom 9. Mai 2014 (act. IIB 266). Mit Beschwerde vom 12. Juni 2014 beantragt der Beschwerdeführer die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 9. Mai 2014. Es seien dem Beschwerdeführer Taggeldleistungen gestützt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab dem 8. Oktober 2013 zu erbringen sowie die Heilbehandlungskosten zu übernehmen. Eventuell sei der Einspracheentscheid vom 9. Mai 2014 aufzuheben und die Sache zur rechtsgenügenden Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Replik vom 11. Februar 2016 beantragt der Beschwerdeführer die Gutheissung der Rechtsbegehren gemäss Beschwerde vom 12. Juni 2014.

Parteiangaben sind nach ihrem erkennbaren, wirklichen Sinn auszulegen (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 32 N. 11). Die Rechtsbegehren müssen nicht ausdrücklich formuliert sein, sondern können auch der Beschwerdebegründung entnommen werden (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 61 N. 78). Mit Beschwerde beantragt der Beschwerdeführer hauptsächlich die vollumfängliche Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides und eventuell die Rückweisung der Sache zu weiterer Abklärung an die Beschwerdegegnerin. Damit wird implizit die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes resp. Rückweisung der Sache hinsichtlich der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus den beiden Unfallereignissen vom 28. Oktober 2009 und 6. Dezember 2012 beantragt. Mithin ist - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Duplik, S. 2) - integral die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der vom Beschwerdeführer

rer geklagten beidseitigen Fussbeschwerden im Zusammenhang mit den erwähnten Unfallereignissen streitig und zu prüfen. Daran ändert nichts, dass der Fokus der Beschwerdebegründung hauptsächlich auf die Fussbeschwerden rechts gerichtet ist.

Zu prüfen ist somit einerseits die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 6. Dezember 2012 (betreffend den rechten Fuss) zu Recht auf den 8. Oktober 2013 eingestellt und die Kostenübernahme für die Physiotherapie ab dem 1. Januar 2014 abgelehnt hat, und andererseits der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung aus dem Unfall vom 28. Oktober 2009 (betreffend den linken Fuss).

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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 Kausalzusam-

menhang 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).

**2.2.1** 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 entfiel ("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).

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 Beweismwürdigung 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).

**2.2.2** Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer

Rechtsfrage - im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

**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 leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser 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** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher

Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 28. Oktober 2009 und 6. Dezember 2012 Unfälle im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den 8. Oktober 2013 hinaus geklagten Fussbeschwerden rechts in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 6. Dezember 2012 stehen und wie weit sich die unfallkausalen Fussbeschwerden links auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.1.1** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2009 (act. IIC 5) wurde als Diagnose unter anderem eine Distorsion/Kontusion des oberen Sprunggelenkes (OSG) links festgehalten (act. IIC 5 S. 1). Die Röntgenaufnahmen des OSG links und des Rückfusses links hätten keine Hinweise auf Frakturen ergeben (act. IIC 5 S. 2).

Im Austrittsbericht desselben Spitals vom 1. März 2010 (Aufenthalt vom 18. bis 20. Februar 2010; act. IIC 17) wurden als Diagnosen eine Tibialis-posterior-Sehneninsuffizienz des linken Fusses und eine Teilruptur des Spring-Ligaments genannt; am 18. Februar 2010 wurde eine Tenodese der FDL-Sehne durchgeführt (act. IIC 23). Es liege ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf vor (act. IIC 17 S. 2).

**3.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt im Bericht vom 30. August 2011 (act. IIC 91) als Diagnosen eine Pseudarthrose des Os naviculare links bei Status nach Revision/Schraubenentfernung des Os naviculare links vom 22. März 2011, nach Verschraubung des Os naviculare und Talus links vom 9. November 2010 und nach Tenodese der FDL-

Sehne vom 18. Februar 2010 fest. Der postoperative Verlauf sei gut. Es bestehe weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit.

In einem weiteren Bericht vom 22. Februar 2012 (act. IIC 121) diagnostizierte derselbe Arzt einen Status nach offener Revision des Os naviculare links und Fragment-Fixation mit Schraube und Kirschnerdraht vom 30. Juni 2011. Es bestünden belastungsabhängige Schmerzen am Tibialis-posterior-Sehnenansatz. Es liege weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit vor. Am 30. Oktober 2012 erfolgten eine Osteosynthesematerialentfernung am linken Fuss, eine Fragmentexzision des Os tibiale externum sowie eine Rekonstruktion der Tibialis-posterior-Sehne (act. IIC 158).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012 (act. IIA 10) wurden als Diagnosen eine Fraktur des Os metatarsale V rechtsseitig und eine OSG-Distorsion Grad I linksseitig genannt.

**3.1.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 24. Mai 2013 (act. IIA 30) einen Status nach Resektion Fragment/Rekonstruktion der Tibialis-posterior-Sehne links vom 30. Oktober 2012 sowie einen Status nach Fraktur des Os metatarsale V rechts/traumatisiertem Os tibiale externum vom 6. Dezember 2012. Unter regelmässiger Physiotherapie sei eine Verbesserung der Situation links eingetreten. Rechts medial liege eine deutliche Schmerzproblematik vor. Es bestehe ein schleppender posttraumatischer Verlauf. Der Arzt attestierte weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit.

**3.1.5** Der Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte im Untersuchungsbericht vom 5. Juli 2013 (act. IIC 191) als Diagnosen einen Sturz aus einer Höhe von 1.5 m vom 28. Oktober 2009 (mit unter anderem einer OSG-Distorsion/Kontusion links, mit einer Tenodese der FDL-Sehne und der Tibialis-posterior-Sehne vom 18. Februar 2010, mit einer Revision, einer Pseudarthrosenresektion und einer Osteosynthese vom 9. November 2010, mit einer Metallentfernung am linken Fuss vom 22. März 2011, mit einer offenen Revision des Os naviculare links und einer Fragment-Fixation mit Schraube und Kirschnerdraht vom 30. Juni 2011, mit einer Osteosynthesematerialentfernung am linken Fuss, einer Fragmentexzision des Os

tibiale externum sowie einer Rekonstruktion der Tibialis-posterior-Sehne vom 30. Oktober 2012) und eine OSG-Distorsion rechts vom 6. Dezember 2012 (mit einer Basisfraktur des Os metatarsale rechts, mit einer Partialläsion des lateralen Bandapparates und mit einem traumatisiertem Os tibiale externum) auf. Bei Durchsicht der Akten und des Röntgendossiers werde klar, dass an beiden Füßen ein unfallfremdes Os tibiale externum vorliege. Beim ersten Unfall betreffend den linken Fuss vom 28. Oktober 2009 sei es zusätzlich zu einer Verletzung des Spring-Ligamentes gekommen, welches mit der ersten Operation vom 18. Februar 2010 behandelt worden sei. Die weiteren Operationen von November 2010, März 2011, Juni 2011 und Oktober 2012 beträfen im Prinzip das Os tibiale externum, welches unterschiedlich als solches bezeichnet oder auch als Pseudarthrose angegeben worden sei. Grundsätzlich handle es sich bei dieser Pathologie um eine vorbestehende unfallfremde anatomische Variante, welche durch den Unfall vom 28. Oktober 2009 symptomatisch geworden sei (act. IIC 191 S. 7). Aktuell werde am rechten Fuss die genau gleiche Pathologie behandelt. Die ehemalige Fraktur an der Basis des Os metatarsale V sei abgeheilt. Klinisch sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei und der laterale Bandapparat sei klinisch stabil. Es persistierten Beschwerden im Bereich des Os naviculare medial. Die Bilder der Computertomografie (CT) vom 14. Dezember 2012 zeigten ganz klar keine Fraktur und keine Delayed union, sondern ein typisches Os tibiale externum, welches überhaupt nicht durch den Unfall vom 6. Dezember 2012 erklärt werden könne. Hinsichtlich des rechten Fusses seien die Unfallfolgen (Basisfraktur des Os metatarsale V, Partialläsion des lateralen Bandapparates) ausgeheilt. Die aktuellen Beschwerden beträfen den medialen Fussrand und zwar das unfallfremde Os tibiale externum. Das Schlussresultat der multiplen operativen Bemühungen am linken Fuss sei als mässig zu bezeichnen. Der Beschwerdeführer sei mit dem Resultat nicht zufrieden. Es persistiere eine Belastungsverminderung und eine Schmerzhaftigkeit. Klinisch sei die Wunde reizlos und die Situation nicht zu beanstanden. Die Tibialis-posterior-Sehne sei funktionsfähig. Eine operative Verbesserung am linken Fuss scheine derzeit nicht möglich (act. IIC 191 S. 8).

In einem weiteren Bericht vom 9. September 2013 (act. IIA 36) führte der Kreisarzt aus, dass am rechten Fuss keine Unfallfolgen mehr beständen

und mit dem Os tibiale externum ein unfallfremder Vorzustand behandelt werde. Hinsichtlich des linken Fusses seien körperlich schwere Arbeiten nicht mehr möglich. Hingegen seien körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten (wechselbelastend, ohne Arbeiten in Zwangspositionen des linken Unterschenkels und Fusses, ohne regelmässiges Treppensteigen, ohne Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder Dächern, ohne Arbeiten mit Absturzgefahr oder in unwegsamem Gelände, ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 15 kg) ganztags zumutbar (act. IIA 36 S. 2).

**3.1.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 12. September 2013 (act. IIA 38) als Diagnose ein traumatisiertes Os tibiale externum rechts (Typ II) nach OSG-/Fusstrauma vom 6. Dezember 2012 fest. Das Os tibiale externum sei vor dem Unfallereignis anatomisch vorhanden gewesen. Die bildgebenden Untersuchungen mittels Röntgen und Magnetresonanztomografie (MRT) hätten keine Fraktur des Os naviculare ergeben, es zeige sich eine nicht ossifizierte Zone am Übergangsbereich des Os naviculare und Os tibiale externum. In dieser Region hätten vor dem Traumaereignis vom 6. Dezember 2012 keine Beschwerden bestanden. Auch ohne Fraktur-nachweis sei ein Kausalzusammenhang zwischen dem besagten Ereignis und den angegebenen Beschwerden/Einschränkungen gegeben. Durch das Traumaereignis sei in der Übergangszone Os naviculare und Os tibiale externum eine Strukturveränderung entstanden; die bindegewebige Festigkeit sei beeinträchtigt. In der Folge entstünden belastungsabhängig durch Mikrobewegungen zwischen Os naviculare und Os tibiale externum (bezeichnet als Übergangszone/“Pseudarthrosespalt“) verursachte Schmerzen bei gleichzeitiger instabiler Situation am Tibialis-posterior-Sehnenansatz. Diese führten zur Aktivitätseinschränkung. Die genannten Beeinträchtigungen/Beschwerden am rechten Fuss seien ursächlich im Rahmen des Traumaereignisses entstanden (act. IIA 38 S. 1).

**3.1.7** Der Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte in der Beurteilung vom 7. Oktober 2013 (act. IIA 39) aus, dass er eine natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 6. Dezember 2012 und den aktuellen Fussbeschwerden rechts für möglich halte.

**3.1.8** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 27. November 2013 (act. IIB 260) betreffend den linken Fuss fest, dass eine Spezialuntersuchung (SPECT/CT) zur Verifizierung der Problematik am Os naviculare Ansatz und an der Tibialis-posterior-Sehne vorgesehen sei. Ein Endzustand sei noch nicht erreicht, das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil sei derzeit aufgrund der vorhandenen Schmerzproblematik und der daraus resultierenden Aktivitätseinschränkung nicht umsetzbar.

In einem weiteren Bericht vom 21. Februar 2014 (act. IIA 58) führte derselbe Arzt aus, dass die Untersuchung des rechten Fusses mittels SPECT/CT vom 23. Januar 2014 eine Mehranreicherung/verstärkte Stoffwechselaktivität an der artikulierenden Fläche des Os tibiale externum sowie zusätzlich eine deutliche Mehranreicherung an der Basis des Os metatarsale V lateral bei konsolidierter Frakturlinie und diskreter Stufenbildung ergeben habe. Somit sei insbesondere rechtsseitig durchaus ein korrelierender Befund zur Schmerzsymptomatik gegeben. Anzumerken sei, dass die vorgängige Untersuchung mittels SPECT/CT vom 23. August 2010 rechtsseitig keine erhöhte Stoffwechselaktivität im Bereich des Os tibiale externum sowie des Os metatarsale V gezeigt habe (act. IIA 58 S. 1).

**3.1.9** Hierzu nahm der Kreisarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 17. März 2014 Stellung und kam zum Schluss, dass am rechten Fuss zwei unterschiedliche Probleme vorlägen, einerseits eine Basisfraktur des Os metatarsale V und andererseits eine laterale Bandläsion, welche nachweislich folgenlos abgeheilt seien. Die zweite Pathologie am rechten Fuss befinde sich auf der Innenseite, es handle sich um das Os tibiale externum bzw. um eine unfallfremde, vorbestehende, anlagebedingte Normvariante, welche beim Beschwerdeführer an beiden Füessen vorhanden sei. Hierbei handle es sich nicht um eine unfallbedingte strukturelle Läsion (act. IIA 60 S. 2). Wie bereits im Bericht vom 5. Juli 2013 (act. IIC 191) dargelegt, sei das Os tibiale externum durch das Unfallereignis vom 6. Dezember 2012 nicht verursacht, sondern lediglich symptomatisch geworden (act. IIA 60 S. 3).

Mit Beurteilung vom 30. April 2014 (act. IIA 61) bekräftigte der Kreisarzt, dass der Unfall vom 6. Dezember 2012 betreffend das Os tibiale externum des rechten Fusses nicht zu strukturellen Läsionen geführt und nach sechs

bis neun Monaten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt habe.

In einem weiteren Bericht vom 2. Mai 2014 (act. IIA 63) führte der Kreisarzt aus, dass durch den Unfall der vorbestehende, unfallfremde Zustand am rechten Fuss symptomatisch bzw. schmerzhaft geworden sei. In Analogie zur Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Diskushernien sei deshalb von einer Auslösung, aber nicht von einer Verursachung zu sprechen. Eine unfallbedingte strukturelle Läsion auf der Innenseite des rechten Fusses habe nie nachgewiesen werden können (act. IIA 63 S. 2). In der Medizin und Versicherungsmedizin werde in der Regel davon ausgegangen, dass die Folgen einer banalen Kontusion oder Distorsion nach sechs bis zwölf Wochen abgeklungen seien (act. IIA 63 S. 2 f.). Betreffend einem Os tibiale externum am Fuss bestünden keine sicheren Erfahrungswerte. Eine banale Kontusion werde der Sache aber nicht gerecht, weshalb hier eine etwas schwerere Gewichtung und ein Analogieschluss zur erwähnten Rechtsprechung zu Diskushernien angebracht seien (act. IIA 63 S. 3).

**3.1.10** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 14. Mai 2014 (act. IIA 65) fest, dass bezüglich des rechten Fusses die konservativen Therapiemassnahmen ausgeschöpft seien und eine Besserung nicht eingetreten sei. Der Arzt stellte eine Operationsindikation. Es sei die einzige Möglichkeit, um eine Verbesserung der Situation zu erzielen. Vorgesehen seien eine Resektion des traumatisierten Os tibiale externum und eine Re-Insertion der Tibialis-posterior-Sehne (act. IIA 65 S. 2).

**3.1.11** In der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 4. September 2014 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 1) führte PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, aus, dass beim Beschwerdeführer der beidseitig angeborene akzessorische Fussknochen linksseitig bereits vor dem Unfallereignis und unfallunabhängig behandlungsbedürftig symptomatisch gewesen sei und eine mehrfach chirurgische Therapie nach sich gezogen habe. In den echtzeitlichen Dokumenten seien keine anamnestischen, klinischen oder bildgebenden Hinweise auf eine Symptomatik allgemein im Bereich des rechten Fussesinnenrandes oder speziell im Sinne eines traumatisierten Os tibiale exter-

num zu entnehmen. Nach persönlicher Einsichtnahme in die Bildgebung liessen sich sowohl der Bruch des fünften Mittelfusssknochens als auch die Existenz eines anlagebedingten Os tibiale externum bestätigen. Allerdings fehlten Hinweise auf eine lokale Gewalteinwirkung auf das Os tibiale externum (act. II 1 S. 6). Der direkte Vergleich einer computertomografischen Darstellung vom 23. August 2010 mit derjenigen vom 23. Januar 2014 ergebe über den hiermit dokumentierten Zeitraum von über drei Jahren, in welchem auch das Unfallereignis stattgefunden habe, keine erkennbare Veränderung des Os tibiale externum, welche auf eine Gewalteinwirkung schliessen liesse. Eine strukturelle Verletzung im Bereich des rechten Fussinnenrandes und speziell des anlagebedingt unfallunabhängigen Os tibiale externum sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 6. Dezember 2012 nicht eingetreten. Die Untersuchung mittels 3-Phasenskelettszintigraphie und SPECT/CT vom 23. Januar 2014 habe lediglich einen Befund geringer Ausprägung ergeben, dessen Genese durch Degeneration erklärt werde. Fachradiologisch finde dieser Befund im Bericht über die Untersuchung vom 23. August 2010 keine Erwähnung. Gleichwohl werde eine aktivierte Arthrose des akzessorischen Gelenkes zwischen dem medialen Anteil des Os naviculare links und dem akzessorischen Os naviculare beschrieben. Damit ergebe sich für das unfallunabhängige symptomatische Os tibiale externum links ein vergleichbarer Befund wie im Januar 2014 für rechts. Dass sich nun auch rechts über einen Zeitraum von über drei Jahren eine gering ausgeprägte Degeneration im Bereich des akzessorischen Fussknochens Os tibiale externum entwickle, sei als natürlicher Verlauf zu interpretieren, wie es auch linksseitig unfallunabhängig zu einer behandlungsbedürftigen Symptomatik gekommen sei, und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolge darstelle. Dass die im weiteren Verlauf nach dem Unfallereignis angegebene Schmerzhaftigkeit durch das Geschehen vom 6. Dezember 2012 begünstigt worden sei, liege lediglich im Bereich des Möglichen (act. II 1 S. 7).

**3.1.12** Stellung nehmend dazu führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Dezember 2015 (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 6) aus, dass es sich vorliegend um eine Schädigung der fibrocartilaginären Grenzschicht handle, welche lediglich unter dem Mikroskop erkennbar sei; computertomografisch sei dies nicht darstellbar (act. IA 6 S. 2). Die im Bericht

von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2014 (act. II 1) erwähnte Genese durch Degeneration sei in Abrede zu stellen. Wenn dieser Begriff überhaupt angewendet werden sollte, dann nur im Zusammenhang mit posttraumatisch bedingter Degeneration. Das Traumaereignis auf beiden Füßen mit einer nachgewiesenen Fraktur des Mittelfusssknochens V am rechten Fuss schliesse Zusatzverletzungen im Bereich der weiteren Fusswurzelknochen auch medialseitig (Fussinnenseite) nicht aus (act. IA 6 S. 3). Die am rechten Fuss vorhandenen Beschwerden am Os tibiale externum seien eindeutig lokalisierbar und bestünden progredient, die konservativen, auch intensivierten Therapiemassnahmen hätten bisher zu keiner Beschwerdeverbesserung geführt. Es bestehe eine eindeutige Indikation zur operativen Vorgehensweise. Es sei unbestritten, dass der Zusatzknochen Os tibiale externum vor dem Unfallereignis bereits vorhanden gewesen sei, es hätten aber keine Beschwerden bestanden, da die besagte Grenzschicht (fibrocartilaginär) eine entsprechende Stabilität aufgewiesen habe. Nach dem Traumaereignis habe sich eine deutliche Beschwerdesymptomatik entwickelt, welche anhalte und sich nun chronisch manifestiert habe (act. IA 6 S. 4).

**3.1.13** Mit Bericht vom 10. März 2016 (act. II 2) bekräftigte PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die im Bericht vom 4. September 2014 (act. II 1) gemachten Ausführungen. Der Schwierigkeit des direkten Nachweises einer strukturellen Verletzung zeitnah zu einem definierten Ereignis könne - auch im versicherungsmedizinischen Kontext - durch eine Verlaufsbeobachtung begegnet werden. Eine Zunahme degenerativer Veränderungen, welche mit der über den dargestellten Verlauf verstrichenen Zeit alleine nicht zu erklären sei, vermöge somit - retrospektiv - Hinweise auf zunächst unerkannte Kausalitäten zu liefern. Zu diesem Zweck sei in der Beurteilung vom 4. September 2014 der verfügbare computertomografisch bildgebende Verlauf über einen Zeitraum von über 3 Jahren zwischen dem 28. August 2010 und 23. Januar 2014 dargestellt worden, in welchem auch das zur Diskussion stehende Ereignis vom 6. Dezember 2012 stattgefunden habe. Eine erkennbare Veränderung des Os tibiale externum und seiner anatomischen Region, welche auf eine initial unerkannte, auf mikroskopischer Ebene stattgefundenene, Gewalteinwirkung schliessen liesse, könne nicht festgestellt werden (act. II 2 S. 2). Tatsache sei, dass die ärztlichen Berichte über

eine erste Konsultation am Folgetag nach dem Unfallereignis vom 6. Dezember 2012 keine Hinweise auf eine akute Traumatisierung der innenseitigen Fussregion (im Bereich des Os tibiale externum) lieferten (act. II 2 S. 2 f.).

**3.1.14** Hierzu hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 31. Mai 2016 (act. IA 8) fest, dass bei einer Erstbeurteilung auf einer Notfallstation nach einem komplexen Traumaereignis an beiden Füssen und einer nachgewiesenen Fraktur des Os metatarsale V rechts nicht davon ausgegangen werden könne, dass sämtliche pathologischen Befunde zu diesem Zeitpunkt erfasst würden. Es sei bei Fusstraumata Usanz, dass nach initialer Ruhigstellungsphase eine erneute klinische Verlaufsuntersuchung durchgeführt werde. Diese sei im vorliegenden Fall am 10. Dezember 2012 (vier Tage nach dem Unfallereignis) erfolgt. Zu diesem Zeitpunkt habe eindeutig der pathologische Befund am Os naviculare bei Os tibiale externum Typ II erhoben werden können und sei auch dokumentiert worden (act. IA 8 S. 1). Es sei unbestritten, dass bei traumatisch bedingten Veränderungen im Bereich der Synchondrose (Grenzschicht beim Os tibiale externum) auch bildgebende Befunde erhoben werden könnten, welche aber in keinem Fall als beweisend anzunehmen seien. Ebenfalls seien vergleichende Verlaufskontrollen der erweiterten Bildgebung in entsprechenden Schnittbildebene, wie von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ dargestellt, nicht beweisend und würden klinisch nicht korrelieren. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Diagnosestellung vor allem durch die klinische Untersuchung vorzunehmen sei mit den entsprechenden Verlaufskontrollen. Das Os tibiale externum Typ II sei bereits rein radiologisch zu verifizieren, ohne erweiterte Bildgebung. Die Symptomatik habe eindeutig in der klinischen Untersuchung spezifisch zugeordnet werden können und sei direkt nach dem Ereignis vom 6. Dezember 2012 erstmalig und im Verlauf progredient aufgetreten. Die ausgeschöpften konservativen Therapiemassnahmen hätten zu keiner Beschwerdebesserung geführt, so dass am 11. März 2016 ein operativer Eingriff durchgeführt worden sei. Intraoperativ habe eindeutig das Os tibiale externum Typ II verifiziert werden können. Es habe nach manuell ausgelöster Zugwirkung der Tibialis-posterior-Sehne in situ eine eindeutige Beweglichkeit mit Instabilität im Bereich der Synchondrose (Grenzschicht) nachgewiesen werden können. Somit liege auch der intraoperative Beweis

vor, dass keine Festigkeit der Synchondrose (Grenzschicht) vorgelegen habe (act. IA 8 S. 2).

**3.1.15** PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 19. September 2016 (Akten der Beschwerdegegnerin [IIF] 1) aus, dass der Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2016 (act. IA 8) keine neuen Erkenntnisse liefere, welche eine andere Beurteilung als diejenige vom 4. September 2014 (act. II 1) begründen könnten.

**3.2** 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.2.1** 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).

**3.2.2** Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht

eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. Mai 2014 (act. IIB 266) massgeblich auf die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 5. Juli 2013, 9. September 2013, 7. Oktober 2013, 17. März 2014, 30. April 2014 und 2. Mai 2014 (act. IIC 191, IIA 36, 39, 60, 61 und 63) gestützt, wonach bezüglich des rechten Fusses in Analogie zur Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Diskushernien spätestens neun Monate nach dem Ereignis vom 12. Dezember 2012 keine Unfallfolgen mehr bestanden hätten (act. IIA 61); der vorbestehende, unfallfremde Zustand am rechten Fuss bzw. das Os tibiale externum sei durch das besagte Unfallereignis nicht verursacht, sondern lediglich symptomatisch geworden (act. IIA 60 S. 3, IIA 63 S. 2). Dieser Beurteilung steht die Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ entgegen, wonach durch das Ereignis vom 6. Dezember 2012 in der Übergangszone Os naviculare und Os tibiale externum eine Strukturveränderung entstanden und damit die bindegewebige Festigkeit beeinträchtigt sei; es bestünden belastungsabhängig durch Mikrobewegungen zwischen Os naviculare und Os tibiale externum verursachte Schmerzen bei gleichzeitiger instabiler Situation am Tibialis-posterior-Sehnenansatz. Diese anhaltenden Beschwerden seien Folge des Unfalles vom 6. Dezember 2012 (act. IIA 38 S. 1). Des Weiteren ergibt sich aus den medizinischen Akten eine unterschiedliche Einschätzung resp. Interpretation der Veränderungen im Bereich der Synchronrose anhand der mittels 3-Phasenskelettszintigraphie und SPECT/CT erstellten Bilder vom 23. August 2010 und 23. Januar 2014 (act. II 1 S. 7 und IA 6 S. 2 f.). Während der SUVA-Arzt PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ von einer Genese durch Degeneration (act. II 1 S. 7) ausgeht, spricht Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von traumatisch bedingten Veränderungen (act. IA 8 S. 2). Mit Blick darauf liegt bezüglich der Einschätzung der rechten Fussbeschwerden durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nicht nur eine pauschale

Bejahung der Unfallkausalität, sondern eine differenziert begründete Beurteilung vor. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es sich vorliegend um eine schwierige Kausalitätsbeurteilung handelt, bei der verschiedene Faktoren wie Vorzustand und Veränderungen im Bereich der Synchronrose zu berücksichtigen sind. Dies zeigt sich denn auch in den umfangreichen - nach Erlass des angefochtenen Entscheids erstellten - Stellungnahmen des SUVA -Arztes PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2014, 10. März 2016 und 19. September 2016 (act. II 1 und 2, IIF 1) zu den Argumenten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_. In den mehrseitigen Berichten ist PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ auf die verschiedenen Einwände von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eingegangen und hat dargelegt, weshalb die Unfallkausalität seiner Ansicht nach zu verneinen sei. Bei dieser Ausgangslage ist wegen der Zweifel am Beweiswert der versicherungsinternen Beurteilung durch den Kreisarzt bzw. der divergent beurteilten Fragen (vgl. E. 3.2.2 hiavor und Entscheid des BGer vom 26. November 2015, 8C\_647/2015, E. 5.1) ein externes medizinisches Gutachten erforderlich.

Aufgrund der aktuellen Aktenlage lässt sich die Frage der Kausalität bezüglich der Fussbeschwerden rechts mithin nicht abschliessend beantworten, womit es einer externen medizinischen Begutachtung bedarf. Bei dieser Sachlage kann auch die Frage nicht abschliessend beantwortet werden, wie weit sich die unfallkausalen Fussbeschwerden links auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Es erscheint diesbezüglich nicht zielführend, die Beschwerden am rechten Fuss ohne gleichzeitigen Miteinbezug des linken Fusses vorzunehmen. Je nach den Ergebnissen der medizinischen Abklärung wird die unfallbedingte Einschränkung im Zumutbarkeitsprofil wie auch der Integritätsschaden der Fussverletzungen zu erstellen sein.

#### 4.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Mai 2014 (act. IIB 266) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und

die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein externes medizinisches Gutachten zu Fragen der Kausalität der Fussbeschwerden rechts, der Arbeitsfähigkeit sowie der Integritätseinbusse hinsichtlich der unfallkausalen Fussbeschwerden links einhole und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

## **5.**

**5.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der zunächst durch Anwältin C.\_\_\_\_\_ und nach dem am 3. November 2015 angezeigten Mandatswechsel durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Als Grundsatz gilt, dass die Parteientschädigung nur den objektiv erforderlichen Vertretungsaufwand umfassen soll (SVR 2006 BVG Nr. 26 S. 105 E. 11.3.1). Bei der Beurteilung des Arbeits- und Zeitaufwandes darf das Sozialversicherungsgericht auch beachten, dass der Sozialversicherungsprozess im Unterschied zum Zivilprozess von der Untersuchungsmaxime beherrscht wird, wodurch in vielen Fällen die Arbeit des Anwalts erleichtert wird. Dessen Tätigkeit kann nur in dem Umfang berücksichtigt werden, als sich der Anwalt bei der Erfüllung seiner Aufgabe in einem vernünftigen Rahmen hält, unter Ausschluss nutzloser oder sonst wie überflüssiger Schritte. Im Weiteren fallen Bemühungen, welche der Anwalt vor der Einleitung des Prozesses unternommen hat, bei der gerichtlichen Festsetzung der Höhe seines Honorars ausser Betracht (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87; ZAK 1989 S. 254 E. 4b - d).

**5.2.1** Entsprechend der angemessenen Kostennote von Anwältin C.\_\_\_\_\_ vom 10. November 2015 wird die diesbezügliche Parteien-

tschädigung festgesetzt auf Fr. 3'470.35 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

**5.2.2** Mit Kostennote vom 1. Juni 2016 macht Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ eine Parteientschädigung von Fr. 5'612.70 (inkl. Auslagen von Fr. 717.80 und Mehrwertsteuer von Fr. 415.75), basierend auf einem Aufwand von 17.55 Stunden, geltend. Im Lichte der in E. 5.2 hiavor dargelegten Grundsätze und mit Blick darauf, dass Kosten für objektiv nicht erforderlichen Vertretungsaufwand, wie er hier bei einem Anwaltswechsel während des Verfahrens angefallen ist, nicht ersetzt werden (vgl. Ziff. 3 der prozessleitende Verfügung vom 10. November 2015), ist die geltend gemachte Parteientschädigung nicht angemessen. Der Parteikostenersatz wird in Anbetracht der von der Voranwältin erbrachten Leistungen, unter Berücksichtigung der danach erfolgten anwaltlichen Bemühungen sowie des im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwandes pauschal auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

**5.2.3** Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'470.35 und Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), insgesamt ausmachend Fr. 6'470.35 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 9. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer im Sinne der Erwägungen die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 6'470.35 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 20. September 2016 [inkl. Beilage])
  - SUVA, Rechtsabteilung
  - Bundesamt für Gesundheit

Auszugsweise mitzuteilen (R):

- Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_, (E. 5.2.1 und Dispositiv Ziff. 3)

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.