

200 16 210 UV
FUR/SCC/JOK/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. September 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____

Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 11. Januar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine berufliche Tätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA oder Beschwerdegegnerin) nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.00) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert.

Gemäss Schadenmeldung UVG des Arbeitgebers vom 10. Juni 2015 (Akten der SUVA [act. II] 1) ist der Versicherte am 9. Juni 2015 "... und habe sich das linke Fussgelenk verletzt (act. II 1). In der Folge übernahm die SUVA die Versicherungsleistungen (act. II 17). Die SUVA informierte den Versicherten am 6. Oktober 2015, dass sie die Versicherungsleistungen per 31. August 2015 einstellen werden, da zu diesem Zeitpunkt der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe (Status quo ante) wieder erreicht worden sei (act. II 40). Mit Schreiben vom 23. Oktober 2015 bat die Vertreterin des Versicherten, Rechtsanwältin B._____, um die Erstellung eines fachmedizinischen Gutachtens und eine erneute Prüfung der Leistungspflicht sowie die Ausrichtung von Taggeldleistungen, da der Versicherte sich einer durch das Unfallereignis vom 9. Juni 2015 nötig gewordenen Operation habe unterziehen müssen. Mit Verfügung vom 6. November 2015 (act. II 48) schloss die SUVA den Fall per 31. August 2015 ab und lehnte die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen ab. Hiergegen erhob der Versicherte am 8. Dezember 2015 Einsprache. Diese wies die SUVA, nachdem sie die ärztliche Beurteilung von SUVA -Kreisarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. Dezember 2015 eingeholt hatte (act. II 57), mit Entscheidung vom 11. Januar 2016 ab (SUVA act. II 64).

B.

Mit Eingabe vom 10. Februar 2016 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es seien der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2016 und die Verfügung vom 6. November 2015 aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 17. August 2015 Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeantwort beigelegt waren ein Bericht vom 26. Oktober 2015 über die erfolgte Operation vom 23. Oktober 2015 von med. pract. D._____, leitender Arzt Hand- und plastische Chirurgie des Spitals I._____, (Verfahrensakten Beilage 1), sowie eine chirurgische Beurteilung von Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Visceralchirurgie, Versicherungsmedizin der SUVA, vom 14. April 2016 (Verfahrensakten Beilage 2).

Mit Schlussbemerkungen vom 23. Mai 2016 präziserte der Beschwerdeführer die Rechtsbegehren in dem Sinne, dass das Taggeld ab dem 17. August 2016 bis am 31. Januar 2016 und zudem die Heilungskosten auszurichten seien.

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 Anfechtungsgegenstand bildet der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2016 (act. II 64). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen betreffend das Ereignis vom 9. Juni 2015 über den 31. August 2015 hinaus.

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 UVG).

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).

2.3 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).

2.4 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).

2.5

2.5.1 Die vom Unfallversicherer einmal anerkannte Leistungspflicht entfällt erst, wenn dieser nachweist, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; RKUV Nr. U 206 S. 328 f., U 180/93 E. 3b mit Hinweisen). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54 mit Hinweis auf das Urteil 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007 E.3.1).

2.5.2 Ebenso wie der leistungsbe gründende 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 bloss e 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 leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.5.3 Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Entscheide des Eidg. Versicherungsgericht [EVG; heute Bundesgericht] vom 25. Mai 2004, U 129/03, E. 3.1; vom 19. Januar 2004, U 20/03, E. 3.2).

2.6 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).

2.7

2.7.1 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. Aus-

schlaggebend 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).

2.7.2 Bei gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen erfolgten Entscheiden, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467 ff.; 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass sich am 9. Juni 2015 ein Unfall im Rechtssinne ereignete (act. II 1). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge Versicherungsleistungen (Heilungskosten und Taggelder), welche sie per 31. August 2015 einstellte (act. II 40, 64). Umstritten ist, ob die nach dem 31. August 2015 geltend gemachten Beschwerden, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. Juni 2015 stehen und der Versicherer für die daraus entstandenen Kosten, insbesondere auch die am 23. Oktober 2015 durchgeführte Operation, aufzukommen hat. Diesbezüglich ist den Akten aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Die erstbehandelnde Ärztin, Dr. med. F._____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Spital I._____, diagnostizierte im Bericht vom 10. Juni 2015 ein OSG-Distorsionstrauma Grad II links, Differentialdiagnose: Syndesmosenruptur (act. II 14).

3.1.2 Im Bericht vom 15. Juni 2015 – nach einem MRI des linken Sprunggelenkes vom 12. Juni 2015 – führte Dr. med. G._____, Facharzt für diagnostische Radiologie, Schwerpunkt Neuroradiologie FMH, aus, es läge eine intakte vordere und hintere Syndesmose, kein relevantes Knochenödem und kein grösserer Gelenkserguss vor. Es bestünde ein dringender Verdacht auf eine (Teil-)Ruptur der Peroneus brevis-Sehne caudal des Malleolus lateralis. Zudem läge ein Status nach alltraumatischen Veränderungen im Bereich des lateralen Bandapparates vor (act. II 11).

3.1.3 Am 18. September 2015 diagnostizierten med. pract. D._____ und Dr. med. H._____, Oberärztin Spital I._____, einen Verdacht auf Synovialitis der Peronealsehnen durch einen älteren ossären Ausriss am Aussenbandapparat und Os subfibulare mit/bei Longitudinalruptur, degenerativer Natur, der Peroneus brevis-Sehne im mittleren Drittel (MRI vom 12. Juni 2015; act. II 35).

3.1.4 In der ärztlichen Beurteilung vom 9. Oktober 2015 führte Kreisarzt Dr. med. C._____ aus, dass die Befunde eindeutig alte knöcherne Verletzungen im Bereich des Aussenbandes ergeben hätten; frische strukturelle unfallbedingte Läsionen seien nicht festgestellt worden, insbesondere auch kein bone bruise. Durch die kantige Kontur des subfibular liegenden Ossikels und einem Defekt an der Fibulaspitze sei von einem alten knöchernen Ausriss auszugehen und nicht von einem akzessorischen Os subfibulare. Der knöcherne Ausriss sei jedenfalls älter als das Trauma vom 9. Juni 2015 und müsse als Vorzustand gewertet werden. Hierfür spreche, dass keine lokalen Begleiterscheinungen einer Fraktur wie ein bone bruise oder ein Hämatom hätten festgestellt werden können. Die mögliche Längsruptur müsse ebenfalls dem zeitlich zurückliegenden Trauma zugeordnet werden. Die radiologisch festgestellten Osteophyten an der Tibiavorderkante im oberen Sprunggelenk sowie die erhebliche Gelenkspaltminderung femoropatellar und im medialen Tibiakompartiment seien eindeutig arthrotische Veränderungen und nicht mit dem Schadensereignis vom 9. Juni 2015 in Verbindung zu bringen (act. II 43).

3.1.5 Im Operationsbericht vom 26. Oktober 2015 führte med. pract. D._____ aus, beim Eingriff vom 23. Oktober 2015 seien das linke Fibulo-Talargelenk mit Verkalkungsentfernung revidiert, eine Exostosenabtra-

gung durchgeführt und der Peroneus brevis genäht worden. Das Ligamentum fibulotalare anterius sowie das Ligamentum fibolucalcaneare zeigten Zeichen einer älteren Verletzung; sie seien jedoch nicht rupturiert (Verfahrensakten Beilage 1).

3.1.6 In seinem Bericht vom 26. November 2015 hielt med. pract. D. _____ fest, dass beim Beschwerdeführer bereits ein Vorschaden im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes mit altem knöchernen Ausriss an der Fibulaspitze sowie exophytären Randanbauten im Bereich der Tibiakante bestanden habe. Durch das erneute Supinationstrauma (Umknicktrauma) sei es zu einem schmerzhaften Reizzustand im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes gekommen. Intraoperativ hätten sich eine deutliche Ergussbildung im Bereich des Fibulotalargelenks auf Höhe der knöchernen Absprengung gezeigt; weiter fanden sich exophytäre Randzacken im Bereich des dorsalen Wadenbeins, welche zu einer Längsruptur der Peroneus brevis-Sehne geführt haben. Das erneute Trauma habe zu einer Verschlimmerung des bestehenden Vorschadens geführt. Es sei zumindest teilweise für das entstandene Beschwerdebild. Durch die persistierenden Schmerzen und den Reizzustand sei die durchgeführte Operation notwendig geworden (act. II 54 S. 12).

3.1.7 In der ärztlichen Beurteilung vom 10. Dezember 2015 hielt der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. C. _____, fest, die Distorsion des oberen Sprunggelenks links sei auf den Unfall vom 9. Juni 2015 zurückzuführen. Als unfallfremd bestünden ein Status nach zeitlich zurückliegendem knöchernen Ausriss eines Aussenbandes, eine deutliche Arthrose des oberen Sprunggelenkes links sowie eine Varusgonarthrose links. Da nachweislich keine unfallbedingten richtunggebenden strukturellen Läsionen vorgelegen haben, sei nicht davon auszugehen, dass das geltend gemachte Supinationstrauma zu einer richtunggebenden strukturellen Veränderung im Bereich des Sprunggelenkes geführt habe. Weder ein Knochenmarködem noch entzündliche Veränderungen im Bereich des zeitlich zurückliegenden knöchernen Bandausrisses seien beschrieben worden. Hingegen sei bereits eine erhebliche Arthrose des Sprunggelenks festgestellt worden. Ohne diese Vorschäden hätte das Supinationstrauma eine lokale Reaktion mit Schwellung und Schmerzen hervorgerufen. Selbige wären aber nach vier

bis sechs Wochen wieder zurückgegangen, so dass der Vorzustand wieder hergestellt worden wäre. Die bestehenden Vorschäden hätten auch für sich alleine Schmerzen, Schwellungen und Ergussbildungen im Sprunggelenk auslösen können. Aufgrund dessen sei davon auszugehen, dass die Symptome nicht mehr auf das Schadensereignis zu beziehen seien. Das Ereignis sei demnach wohl auslösend für die Symptome, nicht aber ursächlich für die festgestellten Schäden gewesen (act. II 57 S. 2).

3.1.8 In der chirurgischen Beurteilung vom 14. April 2016 führte Dr. med. E. _____ aus, dass der Beschwerdeführer eine einfache Sprunggelenksdistorsion Grad I erlitten habe, die korrekt behandelt worden sei. Ein Heilverlauf sei mit medizinischen Berichten dokumentiert worden. Strukturelle Schäden, welche auf das Unfallereignis vom 9. Juni 2015 hätten zurückgeführt werden können, seien mit den bildgebenden Untersuchungen nicht objektiviert worden, hingegen ein deutlicher Vorschaden. Da keine strukturellen Schäden objektiviert worden seien, sei eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes nicht überwiegend wahrscheinlich eingetreten. Eine einfache Sprunggelenksdistorsion heile nach chirurgischer Erfahrung spätestens nach sechs bis acht Wochen aus. Durch einen bestehenden Vorschaden könne sich dieser Heilverlauf verzögern; nach acht bis zehn Wochen sei jedoch auch dann mit einer Heilung der Verletzung zu rechnen. Die nach dem 31. August 2015 geklagten Beschwerden seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 9. Juni 2015 zurückzuführen. Eine Verschlimmerung des Vorzustandes (Arthrose im OSG, Längsspaltung der Sehne des M. peroneus brevis, Ossikel im Bereich des Aussenknöchels, Exostose an der Aussenknöchelspitze) sei mit vorliegenden medizinischen Berichten nicht objektiviert. Aufgrund des etwas verlängerten Heilverlaufs sei von einer allenfalls vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen. Der Status quo sine sei spätestens am 31. August 2015 wieder erreicht gewesen (Verfahrensakten Beilage 2).

3.2

3.2.1 Die ausführlichen und schlüssigen Beurteilungen von Dr. med. C. _____ vom 10. Dezember 2015 (act. II 57) und von Dr. med. E. _____ vom 14. April 2016 (Verfahrensakten Beilage 2) erfüllen – wie nachfolgend aufgezeigt – die Voraussetzungen der Rechtsprechung an

Expertisen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353):

Die ärztliche Beurteilung von Dr. med. C. _____ vom 10. Dezember 2015 (act. II 57) erfolgte gestützt auf die Vorakten, insbesondere berücksichtigte er auch den Bericht von med. pract. D. _____ vom 26. November 2015 (act. II 54 S. 12); keine Kenntnis hatte er jedoch vom Operationsbericht vom 26. Oktober 2015 (Verfahrensakten Beilage 1). Die Beurteilung des Kreisarztes, es lägen keine unfallbedingten richtunggebenden strukturellen Läsionen vor, da weder ein Knochenmarködem noch entzündliche Veränderungen im Bereich des zeitlich zurückliegenden knöchernen Bandausrisses beschrieben worden seien, vielmehr sei eine erhebliche Arthrose des Sprunggelenks festgestellt worden (act. II 57 S. 2), ist überzeugend. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. 8) vermag med. pract. D. _____ die Beurteilung von Dr. med. C. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. Denn es ist auch mit dem Bericht von med. pract. D. _____ vom 26. November 2015 keine richtunggebende Verschlimmerung überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Vielmehr teilte dieser Arzt im Wesentlichen die Auffassung von Dr. med. C. _____ betreffend Vorzustand und (vorübergehender) Verschlimmerung. Indem er aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers über seine Beschwerdefreiheit bis zum Unfallereignis erklärt, es sei von einem erneuten schmerzhaften Reizzustand auszugehen, so kann ihm im Übrigen nicht gefolgt werden. Diesbezüglich gilt, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341; SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40, 8C_626/2009 E.3.2).

Auch der Bericht von Dr. med. E. _____ vom 14. September 2015 (Verfahrensakten Beilage 2) ist umfassend und beruht auf den vollständigen Akten, (inklusive dem Operationsbericht vom 26. Oktober 2015) sowie der erfolgten Bildgebung (Verfahrensakten Beilagen 1 + 2). Obwohl es sich um eine Aktenbeurteilung handelt, bestehen hinsichtlich der Zuverlässigkeit des Berichts keine Zweifel, denn die Akten liefern ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status.

Dr. med. E._____ hat sich ausführlich zum Distorsionstrauma (S. 7 f.) und zum speziellen Fall (S. 8 ff.) geäußert. Seine Ausführungen zum Vorzustand sowie seine Beurteilung, dass die Sprunggelenksdistorsion bei fehlendem Nachweis einer Bandläsion korrekt als Grad I zu klassifizieren sei, sind einleuchtend. Nachvollziehbar ist die Aussage, es sei ein ungestörter Heilverlauf dokumentiert (S. 8 unten). Die erfolgte medizinische Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet.

3.2.2 An diesem Ergebnis ändern sowohl der Operationsbericht von med. pract. D._____ vom 26. Oktober 2015 (Verfahrensakten Beilage 1) als auch seine Stellungnahme vom 26. November 2015 – wie bereits in E. 3.2.1 erwähnt – nichts. Im Operationsbericht vom 26. Oktober 2015 beschrieb med. pract. D._____ ausser einer Ergussbildung im Gelenk keinen pathologischen Status. In der Stellungnahme vom 26. November 2015 ging er zwar davon aus, dass ein Knochenstück, nach einem länger zurückliegenden Unfall (folglich nicht derjenige vom 9. Juni 2015) von der Aussenknöchelspitze abgerissen sei und anschliessend seine Lage verändert habe. Anlässlich des Unfalls vom 9. Juni 2015 sei dies erneut abgerissen und verlagert worden und habe nun eine Reizung im Sprunggelenk verursacht. Mit dieser Argumentation setzte sich Dr. med. E._____ in der chirurgischen Beurteilung ausführlich auseinander (Verfahrensakten Beilage 2 S. 11 f.). Er führte nachvollziehbar aus, dass med. pract. D._____ verkenne, dass im MRI vom 12. Juni 2015 keine Gewebezerrissung, auch nicht an der Aussenknöchelspitze, objektiviert worden sei. Dr. med. E._____ legte einleuchtend dar, dass sich gerade mit einem MRI solche Zerreissungen des Bindegewebes sehr gut darstellen liessen. Auch das dadurch zu erwartende Knochenödem habe sich nicht objektivieren lassen. Überzeugend führte er auch aus, dass weder die Exostose noch die Ossikel unterhalb der Aussenknöchelspitze, welche med. pract. D._____ bei der Operation vom 23. Oktober 2015 entfernte, im Gelenk lagen. Er hielt nachvollziehbar fest, dass somit nicht nachvollzogen werden könne, weshalb durch diese Strukturen eine Reizung im Talo-fibularen Gelenkspalt hätte verursacht werden sollen (Verfahrensakten Beilage 2 S. 11). Dr. med. E._____ hielt überzeugend fest, dass bereits mit den Röntgenbildern des OSG vom Unfalltag eine Arthrose im Gelenk nachgewiesen wurde (Verfahrensakten Beilage 2 S. 11). Weiter führte er aus, bereits Dr.

med. C._____ habe darauf hingewiesen, dass die Ergussbildung als Folge des vorbestehenden Verschleissleidens zu werten sei. Im OSG sei diese Ergussbildung erst anlässlich der durchgeführten Operation vom 23. Oktober 2015 beschrieben worden. Die Beurteilung, dass diese wegen der zeitlichen Latenz von 4.5 Monaten nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. Juni 2015 zurückgeführt werden könne, ist somit schlüssig. Einleuchtend sind auch die Aussagen, dass die von med. pract. D._____ angeführte Verschlimmerung des Vorzustandes weder mit der Bildgebung noch durch klinische Untersuchungen belegt werden konnte (Verfahrensakten Beilage 2 S. 12). Der Beschwerdeführer litt an den Symptomen einer Sprunggelenksdistorsion, ohne Zeichen einer Verschlimmerung des Vorzustandes, welcher sich in einer Längsspaltung der Peroneus brevis-Sehne, der Arthrose im OSG, der knöchernen Fragmente im Bereich des Aussenknöchels sowie der Exostose an der Aussenknöchelspitze zeigte (vgl. Verfahrensakten Beilage 2 S. 12).

3.2.3 Die Beschwerdegegnerin weist zu Recht darauf hin (Beschwerdeantwort S. 7, Ziff. 6.3.4), dass der Beschwerdeführer aus dem Einwand, die (Teil-) Ruptur der Peroneus brevis-Sehne sei gemäss dem MRI vom 12. Juni 2015 wohl eher älteren Datums und eine Differenzierung zwischen alten und frischen Läsionen lasse sich erst abschliessend intraoperativ feststellen, nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Denn dabei wird nicht berücksichtigt, dass auch med. pract. D._____ nach Kenntnis der intraoperativen Befunde keine frische Peroneus brevis-Sehnen Ruptur, sondern lediglich eine Ergussbildung bestätigen konnte. Des Weiteren hielt Dr. med. E._____ im Bericht vom 14. April 2016 fest, dass die mit MRI vom 12. Juni 2015 dokumentierten Veränderungen (wie bspw. die Aufreibung der Peroneus brevis-Sehne mit einer Längsspaltung) von sämtlichen in vorliegenden Fall involvierten Ärzten als Folge eines lange zurückliegenden anderen Traumas beurteilt wurden.

3.3 Vorliegend ist somit überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die geklagten Beschwerden am linken Fussgelenk spätestens vier bis sechs bzw. acht bis zehn Wochen nach dem Unfallereignis nicht mehr unfallkausal waren. Diesbezüglich ist es allenfalls zu einer lediglich vorübergehenden Verschlimmerung gekommen. Daher ist die Leistungseinstellung der

Beschwerdegegnerin per 31. August 2015, mithin zwölf Wochen nach dem Unfallereignis nicht zu beanstanden. Der Sachverhalt ist umfassend abgeklärt. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht durchzuführen, da hier von keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2016 (act. II 64) nicht zu beanstanden und die Beschwerde vom 10. Februar 2016 ist als unbegründet abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

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.