

200 16 353 UV
ACT/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. November 2016

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch B. _____, Advokatin lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 (E 0193/16)



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre berufliche Tätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA oder Beschwerdegegnerin) nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG vom 6. Februar 2015 (Akten der SUVA, Antwortbeilage [AB] 2) am 2. Februar 2015 eine Zerrung des linken Fussgelenks erlitten habe. Die SUVA anerkannte ihre Leistungspflicht und kam für die Kosten der Heilbehandlung und Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. AB 5). Die Versicherte unterzog sich am 3. Juli 2015 operativen Eingriffen am linken Sprunggelenk (AB 61), der rechten Brust (AB 56) und am linken Vorderarm (AB 54). Nach getätigten medizinischen Abklärungen stellte die SUVA mit Verfügung vom 23. November 2015 (AB 100) die Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. Februar 2015 per 31. Mai 2015 ein. Die hiergegen erhobene Einsprache (AB 105) wies sie nach weiteren Abklärungen (vgl. AB 114) mit Entscheid vom 18. Februar 2016 (AB 115) ab.

B.

Mit Eingabe vom 7. April 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin C. _____ von der B. _____, Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 sei aufzuheben und es seien in Gutheissung der Beschwerde über den 31. Mai 2015 hinaus UVG-Leistungen auszurichten. Der Beschwerde beigelegt war eine Aktenbeurteilung der Dres. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 16. März 2016 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 9. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde. Beigelegt war eine Aktenbeurteilung von PD Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, vom 1. Juni 2016 (in den Gerichtsakten).

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbehörden fest.

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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG; vgl. Sendungsverfolgung der Schweizerischen Post [in den Gerichtsakten]) 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 Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 (AB 115). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 2. Februar 2015.

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). 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).

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). 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 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).

2.2.3 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).

2.3 Der Versicherungsträger kann die formlos verfügten Taggeldleistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund

„ex nunc et pro futuro“ einstellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor, oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen; etwas anderes gilt in jenen Fällen, in denen der Versicherungsträger die zu Unrecht ausbezahlten Leistungen zurückfordert. Eine Rückforderung bereits erbrachter Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen ist demnach an die Voraussetzung eines Rückkommenstitels (Wiedererwägung [wegen zweifelloser Unrichtigkeit der Leistungserbringung und erheblicher Bedeutung der Berichtigung] oder prozessualer Revision [wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel]) geknüpft (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Januar 2013, 8C_155/2012, E. 6.1).

2.4 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Der Versicherungsträger entschädigt die Partei und die Auskunftsperson für Erwerbsausfall und Spesen (Abs. 2).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 2. Februar 2015 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. u.a. AB 2 und E. 2.1 hiervor). Weiter ist aufgrund der übereinstimmenden und insoweit überzeugenden Einschätzungen der SUVA -Ärzte Dres. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation (Berichte vom 3. [AB 80] und 19. November 2015 [AB 91] sowie 3. Februar 2016 [AB 114]), und F._____ (Bericht vom 1. Juni 2016 S. 8 [in den Gerichtsakten]) sowie der Dres. med. D._____ und E._____ (Bericht vom 16. März 2016 S. 20 f. [BB 3]) erstellt, dass aktuell hinsichtlich des Fussgelenkes keine Unfallfolgen mehr vorliegen. Diese Schlussfolgerungen werden denn auch von den Parteien zu Recht anerkannt und Ab-

weichendes von der Beschwerdeführerin nicht (mehr) geltend gemacht. Streitig und nachfolgend zu prüfen sind dagegen einerseits der Zeitpunkt, ab dem keine Unfallfolgen bezüglich des Ereignisses vom 2. Februar 2015 mehr vorlagen, und andererseits der Zeitpunkt, in dem dies erstellt war, insbesondere die Frage, ob sich diese Erkenntnis erst durch die Operation vom 3. Juli 2015 (AB 61) ergeben hat. Diesbezüglich ergibt sich aus den Akten das Folgende:

3.1.1 In der Stellungnahme vom 9. November 2015 (AB 80) führte Kreisarzt Dr. med. G. _____ aus, im MRI vom 13. Mai 2015 seien keine unfallbedingten strukturellen Läsionen festgestellt worden. Der Vorzustand sei Mitte Mai 2015 erreicht worden, weshalb Behandlungen nach diesem Datum als nicht mehr unfallkausal anzusehen seien.

3.1.2 PD Dr. med. H. _____ gab im Bericht vom 12. November 2015 (AB 87/2) an, bei der Operation vom 3. Juli 2015 habe sich die im Ultraschall vermutete Längsruptur der Peroneus-longus-Sehne nicht bestätigt. Im Rahmen des Unfalles vom 2. Februar 2015 sei es sehr wahrscheinlich zur Partialruptur, zumindest Zerrung oder Überdehnung, der Peronealgruppe gekommen, infolge dessen zu einer chronischen Schwellung, einem erhöhten Druck und dadurch zu entzündlichen Beschwerden. Die MRI- und Sonographieabklärungen hätten dies bestätigt. Somit seien die Beschwerden eindeutig auf den Unfall zurückzuführen. Zuvor sei die Versicherte absolut beschwerdefrei gewesen.

3.1.3 Dr. med. G. _____ führte in der Stellungnahme vom 19. November 2015 (AB 91) aus, die von PD Dr. med. H. _____ angenommene Partialruptur, Zerrung bzw. Überdehnung der Sehnen sei weder durch bildgebende Verfahren noch histologisch nachgewiesen. Die Sprunggelenksdistorsion müsse deshalb weiterhin als vorübergehende Traumatisierung angesehen werden, da keine strukturellen Schäden nachgewiesen worden seien. Eine solche Traumatisierung sei unter konservativer Behandlung in angemessener Zeit zur Ausheilung zu bringen. Somit bestehe keine Unfallkausalität der Operation zum Unfallereignis (S. 3).

3.1.4 In der Stellungnahme an die Rechtsschutzversicherung vom 6. Januar 2016 (AB 105/8) nannte PD Dr. med. H. _____ als Diagnose, wel-

che überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 2. Februar 2015 zurückzuführen sei - auch noch nach dem 21. Mai 2015 - ein posttraumatisches chronisches Kompartment nach Kontusion der Peronealsehnenloge und Peroneus quartus links (S. 8 Ziff. 1 und 2). Unfallfremd bestehe das angeborene Vorliegen eines überzähligen Muskels (Peroneus quartus) und eines weit nach distal reichenden Muskelbauches des Peroneus brevis (Ziff. 3). Ohne Unfall wäre es nicht zur chronischen Schwellung, zum erhöhten Logendruck und dadurch zu den entzündlichen Beschwerden in der nun zu engen Muskelloge gekommen, im Sinne eines chronischen Kompartments (S. 9 Ziff. 4.1). Der Status quo ante vel sine sei noch nicht wieder erreicht (Ziff. 4.2). Spätestens im Sommer 2016 sollte dieser erreicht werden können (Ziff. 4.3). Das heftige Anschlagen des lateralen oberen Sprunggelenkes bzw. Knöchels sei geeignet, dass ein subklinisches, bislang asymptomatisches Kompartmentsyndrom der Peronealsehnenloge nach Anschlagen Beschwerden machen könne. Die Beschwerden hätten letztlich über sechs Monate bis zur Operation angehalten. Da die Beschwerden erst mit dem Unfall aufgetreten seien und nach der Operation nun gebessert hätten, sei daher eine Unfallkausalität gegeben (Ziff. 5).

3.1.5 Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 3. Februar 2016 (AB 114) aus, es könne hier nicht von einem chronischen Kompartmentsyndrom ausgegangen werden. Weder klinisch noch bildgebend oder histologisch sei eine Schädigung des tiefsitzenden Bauches des Musculus peroneus brevis noch des Peroneus quartus nachgewiesen worden. Auch der Operationsbericht enthalte keine Angaben über eine Traumatisierung der genannten Muskeln. Versicherungsmedizinisch lasse sich daraus ableiten, dass eine richtunggebende strukturelle unfallbedingte Läsion nicht vorgelegen habe (S. 2 Ziff. 1). Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem tiefsitzenden Muskelbauch des Peroneus brevis sowie dem überzähligen Peroneus quartus und dem Unfallereignis sei nicht gegeben (Ziff. 2). Es müsse von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung ausgegangen werden. Da bereits intraoperativ keine strukturellen Läsionen mehr nachweisbar gewesen seien, könne davon ausgegangen werden, dass der Vorzustand bereits zum Zeitpunkt der Operation wieder eingetreten gewesen sei (S. 3 Ziff. 4.2). Die Unfallkausalität sei nicht daraus herzu-

leiten, dass vor dem Unfall keine Beschwerden bestanden hätten und diese erst nach dem Ereignis eingetreten seien (Ziff. 5).

3.1.6 Wie die Dres. med. D. _____ und E. _____ im Aktenbericht vom 16. März 2016 (BB 3) ausführten, habe sich eine vorübergehende Verschlimmerung einer angeborenen prädisponierenden Schadensanlage in Form eines Peroneus quartus überwiegend wahrscheinlich als Folge der OSG-Distorsion mit Kontusion im lateralen hinteren Fussbereich ergeben. Die Operation habe, ohne dass ein struktureller Schaden an der Peroneusquartus-Sehne bzw. an der Peroneusmuskelgruppe oder an anderen Peroneussehnen vorgelegen habe, die angeborene Schadensanlage und somit den Vorzustand behoben. Der Status quo sine sei erreicht worden. Die Frage sei lediglich, an welchem Datum. Weder durch die Sonographie noch durch die MRI-Bildgebung sei vorher die Problematik festgestellt worden. Erst die Operation habe eröffnet, worin das tatsächliche Problem bestanden habe. Dies bedeute, dass die Operation im Sinne der Abklärung zu Lasten der Unfallversicherung gehe. Jedoch gehe die nachfolgende Arbeitsunfähigkeit, die nur noch auf die Fussproblematik zurückzuführen sei, nicht mehr zu Lasten des Unfallversicherers, da es sich ja um eine Behebung eines Vorzustandes gehandelt habe. Daher sei der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit per 13. August 2015 eingetreten (S. 20).

3.1.7 PD Dr. med. F. _____, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, stellte in seiner Aktenbeurteilung vom 1. Juni 2016 (in den Gerichtsakten) fest, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es durch das Unfallereignis vom 2. Februar 2015 zu keiner Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten zum Zeitpunkt der kernspintomographischen Untersuchung vom 13. Mai 2015 keine Unfallfolgen mehr bestanden. Ein weitergehender Handlungsbedarf im Sinne der Abklärungspflicht des Unfallversicherers habe auch in der heutigen Rückschau mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestanden (S. 9).

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).

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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Kreisärzte der SUVA sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen

eine spezialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch beratende Funktion umfasst (Entscheid des BGer vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Gleiches gilt für die Ärzte der Versicherungsmedizin der SUVA.

3.3 Die orthopädisch-chirurgische Aktenbeurteilung von PD Dr. med. F._____, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, vom 1. Juni 2016 (in den Gerichtsakten) erfüllt die Voraussetzungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2 hiavor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in der Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die Akten getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Einer eigenen Untersuchung bedurfte es nicht, da der medizinische Sachverhalt feststeht und es allein um die medizinische Würdigung dieses Sachverhalts geht. Damit sind im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (Entscheid des BGer vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1 in fine) erfüllt und der Aktenbeurteilung kommt voller Beweiswert zu. In der Folge ist darauf abzustellen.

An diesen Erkenntnissen ändern weder die medizinischen Akten, noch die Ausführungen der Beschwerdeführerin etwas. Insbesondere vermögen sie nicht, den Beweiswert der Aktenbeurteilung von PD Dr. med. F._____ zu schmälern bzw. begründen keine - auch nicht nur geringe - Zweifel an der Zuverlässigkeit seiner Einschätzung. Die Dres. med. D._____ und E._____ halten zwar eine vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes für überwiegend wahrscheinlich (BB 3/20), eine Begründung dafür, liefern sie allerdings nicht. Wie PD Dr. med. F._____ zu dieser Annahme korrekt vorbringt, liessen diese die Tatsache undiskutiert, dass zeitnah zum Unfall vom 2. Februar 2015 keinerlei klinische oder bildgebende Befunde bestanden und Hinweise auf Beschwerden in der Region der Peronealsehnen erstmalig über drei Monate später dokumentiert wurden (S. 7). Auch wies er überzeugend darauf hin, dass die betroffenen Sehnen (Peronealsehnen) in anatomischer Ferne zum vom Ereignis betroffenen Band (Ligamentum fibulotalare anterius) verlau-

fen (S. 6). Weiter begründet auch der SUVA -Kreisarzt Dr. med. G. _____ in seinen Berichten vom 9. November 2015 (AB 80), 19. November 2015 (AB 91) und 3. Februar 2016 (AB 114) nicht, weshalb er von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes ausgeht. Auch ändern die Berichte des operierenden Arztes PD Dr. med. H. _____ vom 12. November 2015 (AB 87/2) und 6. Januar 2016 (AB 105/8) nichts an den Schlussfolgerungen von PD Dr. med. F. _____, zumal sich der Operateur zur Begründung der Unfallkausalität in unzulässiger Weise einzig auf die Formel "post hoc, ergo propter hoc" beruft, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass das Ereignis vom 2. Februar 2015 zu keiner Verschlimmerung des - erst in der Operation vom 3. Juli 2015 (AB 61) festgestellten - unfallfremden vorbestehenden Vorzustandes geführt hat. Dadurch wird jedoch nicht ausgeschlossen, dass kurzfristig gewisse Einschränkungen resp. Schmerzen anderer Teile des Körpers bestanden haben, die jedoch in kurzer Zeit abgeheilt sind. Hinweise darauf, dass die entsprechenden Beschwerden über den 13. Mai 2015 (MRI-Untersuchung [AB 28]) hinaus bestanden hätten, finden sich in den Akten keine, zumal eine Verschlimmerung des Vorzustandes ausgeschlossen ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. Februar 2015 per 15. Mai 2015 eingestellt hat (vgl. Verfügung vom 23. November 2015 [AB 100] und Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 [AB 115]).

Zur Frage, in welchem Zeitpunkt die soeben dargelegten Schlüsse festgestanden haben, ist ebenfalls auf die vollständig beweiskräftige Beurteilung von PD Dr. med. F. _____ vom 1. Juni 2016 abzustellen. Danach wurden für den am 3. Juli 2015 intraoperativ festgestellten krankhaften Vorzustand vor Durchführung der operativen Massnahme keine Hinweise gesehen (S. 7). Damit bestand hier ausnahmsweise erst nach der durchgeführten Operation Klarheit über den Sachverhalt. In der Folge hat die Be-

schwerdegegnerin nach Art. 45 Abs. 1 ATSG die Kosten der Operation vom 3. Juli 2015 am linken Sprunggelenk (AB 61) zu tragen. Auch hat sie für einen allfälligen Erwerbsausfall während der nachfolgend notwendigen Zeit der Rekonvaleszenz aufzukommen (Art. 45 Abs. 2 ATSG). Dieser allfällige Erwerbsausfall ist in Form eines Taggeldes geschuldet (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 45 N. 25 ff.) und von der Beschwerdegegnerin festzulegen.

3.5 Aufgrund des Dargelegten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen neu verfüge. Soweit weitergehend ist die Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

4.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch Rechtsschutzversiche-

rungen, Gewerkschaften und Berufsverbände wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 180.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 100.-- festgelegt.

Advokatin C._____ macht in ihrer Honorarnote vom 6. Oktober 2016 einen zeitlichen Aufwand von 7.25 Stunden geltend, was nicht zu beanstanden ist. Multipliziert mit dem pauschalisierten Stundenansatz für eine fachlich qualifizierte Vertretung (Fr. 180.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 45.90 und MWSt. von 108.05 (8% von Fr. 1'350.90), ergibt dies ein Honorar von Fr. 1'458.95. Mit Blick auf den Verfahrensausgang sind der Beschwerdeführerin für den Anteil ihres Obsiegens die hälftigen Parteikosten von Fr. 729.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) zuzusprechen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die SUVA verurteilt, die Kosten der Operation vom 3. Juli 2015 sowie ein allfällig deshalb eingetretener Erwerbsausfall zu übernehmen. Die Sache wird in diesem Umfang an die SUVA zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung von insgesamt Fr. 729.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) zu bezahlen.

4. Zu eröffnen (R):
- B. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.