

200 17 553 UV
SCI/REL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. April 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (25.72034.15.4)

Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit dem 1. Januar 2013 bei der C. _____ GmbH als ... Angestellte tätig und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1). Am 9. Oktober 2015 rutschte sie über einen mit Blättern bedeckten Trottoirrand ab und verletzte sich dabei am rechten Fussgelenk (act. II 1). Die dabei erlittene Malleolarfraktur Typ A (act. II 6) wurde konservativ mit einem Gips behandelt. Die Versicherte war zu 50 % arbeitsunfähig (act. II 14). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht (act. II 2 - 5).

Am 9. Mai 2016 wurde eine OSG-Arthroskopie mit Synovektomie und Débridement des Bassett-Ligaments, eine Exploration der Tibialis posterior Sehne sowie einer Naht und Augmentation des Ligamentums talofibulare anterius (AFTL) und des Ligamentums calcaneofibulare (CFL) rechts durchgeführt (act. II 41). In der Folge teilte die Suva der Versicherten mit Schreiben vom 30. Juni 2016 (act. II 43) mit, dass die gesundheitlichen Beschwerden, welche für diesen Eingriff verantwortlich waren, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. Oktober 2015 zurückzuführen seien, weshalb die Leistungspflicht für medizinische Behandlungen ab dem 9. Mai 2016 abgelehnt werde. Mit diesem Entscheid zeigte sich die Versicherte – vertreten durch die B. _____ AG, Fürsprecher lic. iur. D. _____ – mit Schreiben vom 18. Juli 2016 (act. II 45) nicht einverstanden. Auch die operierende Ärztin bat mit Schreiben vom 8. Juli 2016 (eingegangen bei der Suva am 27. Juli 2016 [act. II 46]) um Neubeurteilung der Sachlage. Nach Vorlage der Unterlagen an ihren Kreisarzt (act. II 50) verneinte die Suva mit Verfügung vom 17. August 2016 (act. II 53) ihre Leistungspflicht. Dagegen erhoben sowohl die E. _____ AG als zuständiger Krankenversicherer am 12. bzw. 14. September 2016 (act. II 55 und 56) wie auch die Versicherte am 19. September 2016 (act. II 57) Einsprache und verlangten die Aufhebung der Verfügung sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 8. Mai 2016 hinaus.

Nach Einholen weiterer ärztlicher Berichte und einer versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung in chirurgischer Hinsicht (act. II 73) wies die Suva die beiden Einsprachen mit Entscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 74) ab.

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte – weiterhin vertreten durch die B. _____ AG, Fürsprecher lic. iur. D. _____ – am 9. Juni 2017 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juli 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und reichte eine weitere ärztliche Beurteilung zu den Akten.

In der Replik vom 23. November 2017 und der Duplik vom 22. Januar 2018 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Mit Eingabe vom 13. Februar 2018 reichte die Beschwerdeführerin 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 74). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 8. Mai 2016 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Das fragliche Ereignis (Abrutschen über den Trottoirrand) fand am 9. Oktober 2015 statt (act. II 1), womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Bestimmungen zur Anwendung gelangen.

2.2 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).

2.3 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 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

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).

2.4 Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen

und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

2.5 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 (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin am 9. Oktober 2015 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.2 vorstehend). Nicht streitig ist weiter, dass bei diesem Ereignis unfallkausale Verletzungen in Form einer Aussenknöchelfraktur aufgetreten sind, für welche die Beschwerdegegnerin Versicherungsleistungen erbracht hat (vgl. act. II 2 - 5). Und unbestritten ist schliesslich auch, dass diese Aussenknöchelfraktur folgenlos verheilt ist (act. II 25).

Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 8. Mai 2016 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob der zur Operation vom 9. Mai 2016 führende Gesundheitsschaden am Innenknöchel in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. Oktober 2015 steht. Die massgebenden medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Rahmen der Röntgenuntersuchung des rechten Fusses vom 13. Oktober 2015 (act. II 15) wurde folgender Befund festgehalten: Regelrechte ossäre Struktur und Kalksalzgehalt des dargestellten Skeletts; undislozierte Weber-A-Fraktur rechts; Symmetrische Molleolengabel; Regelrechte Stellung der artikulierenden Knochenstrukturen im oberen Sprunggelenk (OSG) rechts; reguläre Artikulationsverhältnisse im OSG, im unte-

ren Sprunggelenk (USG) und im Gelenk zwischen Talus und Os naviculare; Weichteilschwellung im Frakturbereich.

3.1.2 Die Hausärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 14. Oktober 2015 (act. II 6) aus, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen eines OSG-Supinationstraumas rechts am 9. Oktober 2015 eine Malleolarfraktur Typ A erlitten habe, welche nun mit einem Gips für sechs Wochen konservativ behandelt werde.

3.1.3 Am 9. Februar 2016 (act. II 28) wurde im Rahmen des CT des OSG festgehalten, dass bei Zustand nach Weber A Fraktur das ausgerissene Fragment im wesentlichen knöchern wieder mit dem Hauptfragment verbunden sei und der Frakturspalt noch nachweisbar sei, aber knöchern durchbaut erscheine. Lediglich ventrolateral sei eine kleine Lücke mit Randsklerose im Frakturbereich verblieben, so dass nunmehr eine Einkerbung des Aussenknöchels bestehe. Ansonsten seien die knöchernen Gesamtstrukturen bei unauffälliger Weite glatt konturiert, es bestehe lediglich eine winzige knöcherne Ausziehung des Malleolus medialis. Es bestehe kein Nachweis einer Pseudoarthrose oder osteochondralen Läsion, hingegen ein beginnender degenerativer Prozess im medialen Malleolengelenk.

3.1.4 Im Zwischenbericht vom 16. Februar 2016 (act. II 23) diagnostizierte die Hausärztin Dr. med. F. _____ eine laterale Malleolarfraktur Typ A rechts und eine verzögerte Heilung, Verdacht auf Sudeck. Die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig.

3.1.5 Anlässlich des MRI vom 4. März 2016 (act. II 27) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin sehr unruhig gewesen sei, so dass trotz wiederholter Sequenzen die Aufnahmen durch massive Bewegungsartefakte überlagert und nur bedingt bzw. deutlich beeinträchtigt beurteilbar seien. Es bestehe ein Verdacht auf eine Tendovaginitis der Tibialis posterior Sehne auf Höhe des Malleolus medialis sowie ein Status nach Weber A Fraktur bei noch unvollständiger Konsolidierung der Knochenfragmente. Ansonsten sei – soweit bei erwähnter Limitation beurteilbar – keine weitere Pathologie erkennbar. Bei massiven Bewegungsartefakten bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der Beurteilbarkeit.

3.1.6 Im Bericht vom 8. März 2016 (act. II 25) diagnostizierte Dr. med. G._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Verdacht auf eine Tendinopathie des Tibialis posterior rechts bei Status nach Weber A-Fraktur vom 13. Oktober 2015 mit verzögerter Frakturheilung und Verdacht auf CRPS. Das CT des OSG vom 25. Februar 2016 habe eine mittlerweile vollständig konsolidierte Weber A-Fraktur und keinen Hinweis für eine sekundäre Dislokation gezeigt. Es bestehe eine leichte Schwellung im Bereich des OSG sowie im Bereich des medialen Rückfusses, keine Druck- und Klopfdolenz im Bereich der distalen Fibula, jedoch eine äusserst druckdolente Tibialis posterior-Sehne im Bereich des Ansatzes am Os naviculare sowie in ihrem Verlauf. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % bis zum Kontrolltermin in sechs Wochen.

Im Bericht vom 27. April 2016 (act. II 32) stellte Dr. med. G._____ die Diagnose einer Tendinopathie der Tibialis posterior und eines Verdachts auf mediale Instabilität des OSG rechts bei Status nach Weber A-Fraktur mit verzögerter Frakturheilung und Verdacht auf CRPS. Klinisch und nun auch MR-diagnostisch habe die Tendinopathie des Tibialis posterior bestätigt werden können. Es bestehe zusätzlich bei persistierender Druckdolenz über den anterioren Anteilen des Ligamentums deltoideum der Verdacht auf eine chronische posttraumatische Instabilität. Sollten die Schmerzen nach konservativen Massnahmen nicht regredient sein, würde eine diagnostische OSG-Arthroskopie mit gleichzeitiger Tendinoskopie der Tibialis posterior Sehne und gegebenenfalls einer Naht des Ligamentums deltoideum durchgeführt.

Im Operationsbericht vom 9. Mai 2016 (act. II 41 S. 2) führte Dr. med. G._____ die Diagnose einer OSG-Instabilität mit Läsion des ATFL und anterolateralem Impingement rechts auf. Anlässlich des operativen Vorgehens hätten sich unauffällige Knorpelverhältnisse zentral am Talus sowie an der Tibia, ein intakter Knorpel am medialen und lateralen Gutter sowie eine zu beiden Seiten ausgeprägte Synovitis gezeigt. Das Bassett-Ligament zeige sich deutlich verdickt und reibe über den lateralen Talusdom. Die Tibialis posterior-Sehne sei intakt. Das deutlich ausgedünnte AT-

FL habe sie von seinem Ursprung an der Fibula mobilisiert und es sei eine Naht des ATFL und des ebenfalls partiell abgelösten CFL erfolgt.

Im Austrittsbericht vom 11. Mai 2016 (act. II 42) berichtete die Chirurgin Dr. med. G._____, dass sich der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet und sich die Wundverhältnisse stets reizlos präsentiert hätten. Die postoperativen Röntgenbilder zeigten gute Stellungsverhältnisse. Die Beschwerdeführerin sei bis zum 26. Juni 2016 zu 100 % arbeitsunfähig.

Im Rahmen der versicherungsrechtlichen Auseinandersetzung führte die behandelnde Chirurgin Dr. med. G._____ in ihrem Einwand vom 8. Juli 2016 gegenüber der Beschwerdegegnerin (act. II 46) aus, dass aufgrund der stattgehabten Distorsion von einer Beteiligung der medialen Strukturen des oberen und unteren Sprunggelenks sowie deren überbrückenden Strukturen auszugehen sei. Bei prätraumatisch asymptomatischer Patientin sei es überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall ständen und die damit notwendige Operation als Folge direkt auf den Unfall zurückzuführen sei.

3.1.7 Der Kreisarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 5. August 2016 (act. II 50) als unfallkausale Diagnose eine Weber A-Fraktur am rechten Sprunggelenk (S. 2). Unfallfremd sei ein Status nach Naht und Augmentation des AFTL und des CFL, ein Status nach Arthroskopie, Synovektomie und Débridement des Basset Ligaments sowie einer Exploration der Tibialis posterior-Sehne bei OSG-Instabilität mit Läsion des AFTL und antero-lateralem Impingement. Es sei auf erhebliche Inkonsistenzen im gesamten Ablauf hinzuweisen: Das Arztzeugnis UVG sei erst nach der stattgehabten Operation vom 9. Mai 2016 erstellt worden und zwischen dem 13. Oktober 2015 und dem 16. Februar 2016 fehle jegliche Dokumentation über den weiteren Behandlungsverlauf (S. 3). Wann die Gipsbehandlung beendet worden sei, sei nicht dokumentiert. Die Hausärztin Dr. med. F._____ habe am 16. Februar 2016 (act. II 23) einen verzögerten Verlauf bei Verdacht auf CRPS I postuliert, obwohl ein CT am 9. Februar 2016 die vollständige Konsolidierung der Fraktur mit leichter Defektheilung bestätigt habe. Mit Ausnahme der nicht

dislozierten Weber A-Fraktur seien zeitnahe zum Ereignis keine weiteren unfallbedingten strukturellen Läsionen dokumentiert. Im viereinhalb Monate später angefertigten MRI werde eine Synovitis der Tibialis posterior-Sehne beschrieben, im Übrigen jedoch keine strukturellen Unfallfolgen am Aussenbandapparat festgestellt. Aufgrund dieser Befunde und angesichts der Tatsache, dass eine Aussenknöchelfraktur Weber Typ A praktisch eine Ruptur der darunter liegenden Bänder ausschliesse, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die durchgeführte Operation kausal zum Unfallereignis vom 9. Oktober 2015 sei (S. 4).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 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).

3.2.3 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 74) auf die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. H. _____ vom 5. August 2016 (act. II 50) und des Versicherungsmediziners Dr. med. I. _____ vom 20. April 2017 (act. II 73) gestützt und im Beschwerdeverfahren dessen Ergänzung vom 5. Juli 2017 (in den Verfahrensakten) sowie eine Beurteilung von med. pract. J. _____ vom 9. Januar 2018 (act. IIA 1) eingeholt.

3.3.1 Die beiden Beurteilungen der Dres. med. H. _____ und I. _____ (act. II 50 und 73) erfüllen in ihrer Gesamtheit die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Dass es sich bei diesen Berichten um Aktenberichte handelt und weder der Kreisarzt Dr. med. H. _____ noch der versicherungsmedizinische Arzt Dr. med. I. _____ eine eigene Untersuchung durchgeführt haben, mindert deren Beweiskraft nicht, denn sowohl Dr. med. H. _____ als auch Dr. med. I. _____ konnten sich aufgrund der vorliegenden Akten ein gesamthaft lückenloses und abschliessendes Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtige Situation machen (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Nach erfolgten

chirurgischen Eingriffen wären solche Abklärungen schliesslich auch nicht mehr geeignet gewesen, weitere Erkenntnisse zu gewinnen. Zudem sind keine Umstände ersichtlich, die ein Misstrauen in die Unparteilichkeit der beratenden Ärzte als objektiv begründet erscheinen liessen, wie nachfolgend darzulegen sein wird (vgl. E. 3.2.2 vorstehend). Die Versicherungsmediziner haben gestützt auf die vorliegenden Unterlagen in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass aufgrund der am Unfalltag erhobenen Röntgenbefunde und der übrigen bildgebenden Untersuchungen (CT am 9. Februar 2016 [act. II 28] und MRI vom 4. März 2016 [act. II 27]) kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 9. Oktober 2015 und den zur Operation vom 9. Mai 2016 führenden Beschwerden am Innenknöchel besteht.

3.3.2 Daran ändern die Ausführungen der behandelnden Chirurgin Dr. med. G. _____ nichts. Zwar liegt im vorliegenden Fall ein – teilweise erst im Gerichtsverfahren ausgetragener – Disput zwischen Fachärzten vor. Eine solche Konstellation kann dazu führen, dass eine zweifelsfreie Beurteilung nicht möglich und eine externe Begutachtung angezeigt ist. Da von Seiten der Beschwerdegegnerin kein externes Gutachten eingeholt wurde, sind an die Beweiswürdigung zwar strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Solche Zweifel liegen hier jedoch nicht vor. Die versicherungsinternen Ärzte Dres. med. H. _____ und I. _____ haben in ihren Berichten vom 5. August 2016 (act. II 50) und vom 20. April 2017 (act. II 73) unter Verweis auf die medizinische Lehre nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, wieso eine Kausalität zwischen dem Unfall vom 9. Oktober 2015 und den Beschwerden am Innenknöchel, welche zur Operation vom 9. Mai 2016 führten, auszuschliessen und der Betrachtungsweise von Dr. med. G. _____ nicht zu folgen ist. So legt Dr. med. H. _____ zutreffend dar (act. II 50 S. 3), dass zunächst eine nicht dislozierte Weber A-Fraktur diagnostiziert wurde. Mit Ausnahme dieser Fraktur sind zeitnah zum Ereignis keine weiteren unfallbedingten strukturellen Läsionen dokumentiert und im viereinhalb Monate später angefertigten MRI wurde allein eine Synovitis

der Tibialis posterior-Sehne beschrieben, jedoch keine strukturellen Unfallfolgen am Aussenbandapparat festgestellt.

Dr. med. G. _____ hat daraufhin am 28. März 2017 (act. II 72) ausgeführt, dass in den Akten bisher nur eine Weber-A-Fraktur und keine Läsion des ATFL beschrieben worden sei, dass sich jedoch daraus rückwirkend nicht sicher beurteilen lasse, ob eine direkte Läsion der Tibialis posterior-Sehne beim Unfall selbst stattgefunden habe oder sich eine Instabilität des OSG bei verzögerter Frakturheilung herauskristallisiert und damit eine Tendinopathie der Tibialis posterior-Sehne ausgelöst habe. Hierzu hat Dr. med. I. _____ im Bericht vom 20. April 2017 (act. II 73) jedoch mit Blick auf die zeitnah zum Unfall erstellten Berichte nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die Verletzung im Bereich des Innenknöchels nicht auf den Unfall zurückgeführt werden kann. So hätte eine durch das Ereignis vom 9. Oktober 2015 verursachte Verletzung des Deltabandes vier Tage später eine Schwellung oder Verfärbung durch Bluterguss oder zumindest eine Druckdolenz erzeugt, was jedoch im Röntgen vom 13. Oktober 2015 (act. II 15) nicht beschrieben sei. Die Röntgenaufnahme zeige eine deutliche Weichteilschwellung über dem Aussenknöchel, jedoch keine solche über dem Innenknöchel. In der Computertomografie des rechten OSG vom 9. Februar 2016 (act. II 28) sei zudem einzig eine knöcherne Ausheilung der Fraktur in anatomisch korrekter Stellung bestätigt und zusätzlich eine winzige knöcherne Ausziehung des Malleolus medialis beschrieben, welche bereits am Unfalltag auf den Röntgenaufnahmen vorhanden gewesen sei. Es handle sich somit um etwas Älteres. Schliesslich wies Dr. med. I. _____ nachvollziehbar auf die beschränkte Aussagekraft der MRI-Befundung des Sprunggelenks vom 4. März 2016 hin, da der Radiologe einerseits festhalte, dass die Bildqualität schlecht sei, auf der anderen Seite jedoch Diagnosen in den Raum stelle, die eine hervorragende Bildqualität voraussetzen würden. Zusammenfassend kam Dr. med. I. _____ aus versicherungsmedizinischer Sicht zum Schluss, dass aufgrund der beschriebenen Biomechanik des Unfallhergangs (= Supinations-trauma) und der unfallnahen Befunde eine Verletzung der Sehne und/oder eines Bandes auf der Innenseite des Sprunggelenks in hohem Masse unwahrscheinlich sei, zumal initial jegliche Verletzungszeichen wie eine Weichteilschwellung auf der Innenseite des Sprunggelenks gefehlt hätten

(S. 3). Ebenfalls unwahrscheinlich sei, dass bei einem Supinationstrauma im oberen Sprunggelenk zugleich der Aussenknöchel unterhalb der Syndesmose abreisse und die Bänder zwischen dem Aussenknöchel und dem Sprungbein rissen. Dass beide zugleich reissen würden, erscheine nur theoretisch möglich und die behandelnde Chirurgin Dr. med. G._____ beschreibe das Band, welches sie operativ verstärkt habe, auch lediglich als „ausgedünnt“ und keinesfalls rupturiert. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und überzeugt.

3.3.3 Auch hinsichtlich der im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme von Dr. med. G._____ vom 7. Juni 2017 (Beschwerdebeilage [act. I] 3) hat Dr. med. I._____ in seiner Beurteilung vom 5. Juli 2017 (in den Verfahrensakten) nachvollziehbar dargelegt, dass durch einen einmaligen, traumatischen Zug am Ligamentum deltoideum die von Dr. med. G._____ angesprochene knöcherne Ausziehung nicht binnen vier Tagen verursacht worden sein kann. Es sei zudem ein medizinisch unbestrittenes Faktum, dass dort, wo – wie vorliegend bei der Beschwerdeführerin – zeitnah zu einem Unfallereignis kein Hämatom vorliege, auch keine frische Gewebeerletzung stattgefunden habe. Wenn die behandelnde Chirurgin ausführe, dass eine Fraktur der distalen Fibula sowie eine vollständige Läsion des ATFL theoretisch möglich seien, sei dies etwa gleich wahrscheinlich, wie dass bei entsprechend ungewöhnlicher Konstellation zwei Glieder einer Kette gleichzeitig brächen: eine absolute Rarität (S. 3). Und schliesslich legte Dr. med. I._____ überzeugend dar, dass die von Dr. med. G._____ herangezogene Klassifikation nach Lauge-Hansen nach der Lehre für eine Beurteilung des Verletzungsmechanismus ungeeignet ist, die bekannten und im Dossier dokumentierten Fakten vielmehr belegen, dass eine Fraktur vom Typ Lauge-Hansen 4 nicht vorgelegen und dass eine Verletzung des Deltabandes nicht stattgefunden hat (S. 4).

3.3.4 Nachdem Dr. med. G._____ in ihren weiteren im Gerichtsverfahren aufgelegten Ausführungen vom 20. November 2017 (act. I 4) festgehalten hatte, dass die knöcherne Ausziehung am Malleolus medialis nach wie vor eher posttraumatischer Natur und eine solche Verletzung in Kombination mit der Weber A Fraktur gut möglich sei, hat die Beschwerdeführerin im Rahmen der Duplik vom 22. Januar 2018 einen bis anhin nicht

befassten Facharzt der Versicherungsmedizin mit einer umfassenden Reevaluation betraut. Diese Reevaluation des Arztes am Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, med. pract. J. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 9. Januar 2018 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 1) ist sorgfältig erstellt und befasst sich umfangreich und umfassend mit den hier – im Verlauf der Zeit – festgestellten Schädigungen und der medizinischen Lehre. Einlässlich hat der Arzt objektiv und sachlogisch zu den Ausführungen der behandelnden Ärztin Stellung genommen. Er hat überzeugend darlegt, dass und weshalb die einzelnen Postulate von Dr. med. G. _____ keine Bestätigung in der medizinischen Literatur finden (S. 4 bis 8). So führt er aus, dass eine Schädigung der knöchernen und ligamentären Strukturen im Bereich des rechten Innenknöchels bereits im Rahmen der frühen ärztlichen Konsultationen sicher aufgefallen wäre, da sie eindeutige klinische Zeichen verursachen würde. In keinem der zeitnah zum Unfallereignis erstellten medizinischen Berichte sei jedoch eine pathologische Veränderung am Innenknöchel beschrieben worden (S. 4). Die Aussenknöchelfraktur hingegen sei spätestens im Zeitpunkt des CT vom 9. Februar 2016 (act. II 28) nach klinischen Kriterien zeitgerecht und vollständig abgeheilt gewesen. Wenn die behandelnde Chirurgin eine Knick-Senkfuss-Deformität beschreibe, handle es sich dabei um eine vorbestehende Fussdeformität, die seit der Kindheit bestanden habe und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge des hier zur Diskussion stehenden Ereignisses vom 9. Oktober 2015 sei. Es sei möglich, dass durch die Dekonditionierung im Rahmen der Gipsruhigstellung die Beschwerden durch diese vorbestehende Deformität vorübergehend akzentuiert worden seien, sie seien dadurch aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr Folge des Unfalls. Med. pract. J. _____ diskutiert – belegt durch medizinische Fachliteratur – die einzelnen Postulate von Dr. med. G. _____ überzeugend und auch für medizinische Laien nachvollziehbar (S. 4 bis 8). Zusammenfassend hält er Zweifel an der von der operierenden Chirurgin gestellten Diagnose einer lateralen Instabilität des oberen Sprunggelenks fest, welche jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit – sollte eine solche dennoch bestanden haben – nicht Folge des Ereignisses vom 9. Oktober 2015 waren. Es besteht dementsprechend kein Anlass von der überzeugenden Einschätzung der fehlenden Kausalität durch Dr. med. H. _____ und Dr. med. I. _____ abzuweichen.

Schliesslich ist auch die mehrfach vorgetragene Begründung von Dr. med. G._____, wonach die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine Beschwerden am rechten Innenknöchel gehabt habe, weshalb die nun vorliegenden Beschwerden vom Unfall herrühren müssten (u.a. act. II 46, act. I 4), unbehelflich. Denn für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc" – nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gelten würde, wenn sie nach diesem aufgetreten ist – nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

Die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin hat im Rahmen der Schlussbemerkungen allein auf die früheren Aussagen von Dr. med. G._____ verwiesen, welche sich – wie eben dargelegt – in Anbetracht der beweiskräftigen Ausführungen der Dres. med. H._____, I._____ und J._____ als nicht massgeblich erweisen.

3.3.5 Wie der Kreisarzt und die versicherungsmedizinischen Ärzte der Beschwerdegegnerin überzeugend und nachvollziehbar dargelegt haben, ist ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 9. Oktober 2015 und den zur Operation vom 9. Mai 2016 führenden Beschwerden am Innenknöchel nicht absolut ausgeschlossen, jedoch sicher nicht als überwiegend wahrscheinlich einzustufen (vgl. E. 2.3 vorstehend); dies im Unterschied zur bejahten Kausalität bezüglich der Verletzung am Aussenknöchel. Diese war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung unbestritten folgenlos abgeheilt (vgl. act. II 25) und die Leistungseinstellung per 8. Mai 2016 ist nicht zu beanstanden.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 74) erweist sich als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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