

200 18 823 UV
SCP/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 18. März 2019

Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

AXA Versicherungen AG
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2018



Sachverhalt:

A.

Mit Schadenmeldung UVG vom 9. Februar 2017 (act. II A1) meldete A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) via Arbeitgeber der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA bzw. Beschwerdegegnerin), dass sie am 5. Februar 2017 beim Walken auf Glatteis ausgerutscht, seitlich nach aussen geknickt und gestürzt sei. Dabei habe sie sich das linke Fussgelenk verletzt (Bruch). Am 22. Dezember 2017 teilte sie der AXA mit, dass am 6. Dezember 2017 nach alternativer Behandlung eine Arthroskopie beim oberen Sprunggelenk habe durchgeführt werden müssen (act. II A2).

Mit Verfügung vom 9. Mai 2018 teilte die AXA der Versicherten mit, dass ab dem 4. August 2017 kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mehr bestehe, da spätestens ab diesem Datum die Beschwerden nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Februar 2017 stünden (act. II A15). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache der Versicherten (act. II A16) wies sie mit Entscheid vom 8. Oktober 2018 (act. II A24) ab.

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte am 7. November 2018 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten des arthroskopischen Eingriffs vom 6. Dezember 2017 sowie alle damit zusammenhängenden Untersuchungs- und Behandlungskosten als kausale Folgen des Unfalls vom 5. Februar 2017 zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2019 erwog der Instrukti-
onsrichter, dass die umstrittenen Leistungen insgesamt weniger als

Fr. 20'000.-- betragen dürften. Gleichzeitig forderte er die Parteien auf, dem Gericht bis am 15. Februar 2019 schriftlich mitzuteilen, sollte diese Annahme nicht zutreffen sowie den Streitwert diesfalls genau zu beziffern.

Die Beurteilung eines Streitwerts von weniger als Fr. 20'000.-- blieb in der Folge unbestritten.

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 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. Oktober 2018 (act. II A24). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für den am 6. Dezember 2017 durchgeführten arthroskopischen Eingriff und die damit zusammenhängenden Kosten leistungspflichtig ist und damit, ob die Arthroskopie und deren Folgekosten in einem natürlich kausalen Zusammenhang zum bei der Beschwerdegegnerin ver-

sicherten Unfall vom 5. Februar 2017 stehen. Zum Streitgegenstand gehören demgegenüber weder die in act. IIA M8 bzw. act. IIA M18/B6 erwähnte und der Beschwerdegegnerin nicht weiter bekannte Re-Distorsion vom 8. August 2017 minus 6 Wochen (vgl. dazu auch Beschwerdeantwort S. 1 f.) noch das nicht näher bezeichnete „alte Unfallereignis“, für welches die Beschwerdeführerin nicht bei der Beschwerdegegnerin versichert war (siehe hierzu Beschwerdeantwort S. 2 f.). Etwas anderes wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht.

1.3 Wie mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2019 erwogen und von den Parteien widerspruchslos anerkannt, beträgt der Streitwert vorliegend weniger als Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

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

2.

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

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, 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 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2).

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).

Dem Erfordernis eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der Versicherung kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182, 125 V 456 E. 5c S. 462; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

2.3 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).

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).

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).

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.

3.1 Dass das Ereignis vom 5. Februar 2017 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Gemäss Behandlungsbericht des Notfallzentrums B. _____ vom 7. Februar 2017 erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 5. Februar 2017 eine distale Fibulafraktur Typ Weber B des linken oberen Sprunggelenks (OSG). Eine Röntgenuntersuchung gleichen Tages zeigte eine leicht dislozierte Malleolarfraktur Typ B nach Weber links sowie eine kleine ovuläre knöcherne Struktur unterhalb des medialen Malleolus, welche als wahrscheinlich alte posttraumatische Veränderung beurteilt wurde. Als Therapie wurde die Anlage eines gespaltenen Unterschenkelgipses sowie eine Thromboseprophylaxe verordnet (act. IIA M1).

3.2.2 Mit Bericht vom 17. Februar 2017 hielt Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose eine laterale Malleolarfraktur mit minimaler seitlicher Dislokation von 2 mm links fest. Es bestehe im Gips ein guter Verlauf mit wenig Schmerzen und guter Mobilisation mit 15 kg Teilbelastung (act. IIA M5).

Ab dem 23. März 2017 wurde der Beschwerdeführerin Physiotherapie verordnet (act. IIA M2 – M4).

3.2.3 Mit Bericht vom 27. März 2017 nannte Dr. med. C._____ als unfallbedingte Diagnosen eine laterale Fibulafraktur Typ Weber B sowie eine mediale Partialavulsion des Ligamentum deltoideum links. Es bestehe noch keine vollständige Konsolidation bei jedoch symmetrischem OSG und gutem klinischem Verlauf. Er empfehle nun die axiale Vollbelastung sowie ein vorsichtiges Auftrainieren im schmerzarmen Bereich (act. IIA M6).

3.2.4 Am 8. Mai 2017 hielt Dr. med. C._____ einen schönen Funktionsaufbau mit bereits möglichem Treppenlaufen fest. Die Patientin habe nun letzte Woche zweimal mit Joggen begonnen, was bis zu 20 Minuten gut möglich sei. Sie beschreibe jedoch sowohl medial als auch lateral Restbeschwerden im Sinne von Schmerzen unter Belastung, die jedoch insgesamt gut erträglich seien. Röntgenologisch zeige sich ein erneut identisch symmetrisches OSG. Auf der lateralen Seite bestehe noch keine abgeschlossene Konsolidation, jedoch ohne sekundäre Dislokation, so dass stabile Verhältnisse vorlägen. Die Patientin werde sich je nach Beschwerdebild in zwei bis drei Monaten wieder bei ihm melden (act. IIA M7).

3.2.5 Mit Bericht vom 8. August 2017 diagnostizierte Dr. med. C._____ bei einem Status nach OSG-Fraktur mit konservativer Behandlung die Traumatisierung eines medialen Ossikels im Rahmen einer Re-Distorsion vor sechs Wochen. Beim Walken habe die Patientin ein Supinationstrauma erlitten mit nachfolgenden Schmerzen auf der Innenseite, die schon seit sechs Wochen bestünden. Sie schildere aktuell vor allem eine Anlaufsymptomatik. Unter Belastung würden die Schmerzen verschwinden. Vor der Re-Distorsion sei sie wieder gut auftrainiert und ohne Beschwerden gewesen. Die Röntgenuntersuchung vom 4. August 2017

habe ein symmetrisches OSG mit konsolidierter Fraktur auf der lateralen Seite sowie ein bekanntes mediales Ossikel, das jedoch nicht disloziert sei, gezeigt. Aufgrund der Anamnese und der klinischen Untersuchung gehe er von einer Traumatisierung des medialen Ossikels aus. Als ersten Schritt empfehle er die konsequente Einnahme eines Antiphlogistikums für 7 Tage. Sollten die Beschwerden langfristig persistieren, könne lokal infiltriert oder dann sogar das Ossikel entfernt werden, wobei er hier die Indikation sehr zurückhaltend stelle. Grundsätzlich sei die Prognose relativ gut, dass die Patientin unter Belastung schmerzfrei werde (act. IIA M8).

3.2.6 Am 21. September 2017 äusserte Dr. med. C. _____ einen Verdacht auf ein Kapselimpingement anteromedial, differentialdiagnostisch ein aktiviertes Ossikel bei Status nach OSG-Fraktur vom 5. Februar 2017. Bei Sportbelastung bestünden immer noch einschliessende Schmerzen auf der Innenseite, jedoch keine Beschwerden lateral (act. IIA M9).

3.2.7 Mit Bericht vom 10. Oktober 2017 hielt Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose ein anteromediales Impingement OSG links nach lateraler Malleolarfraktur Typ Weber B vom 5. Februar 2017 fest. Die Patientin beklage nach wie vor belastungsabhängige Schmerzen über dem anteromedialen Gutter. Es handle sich auch um Anlaufschmerzen. Die sportlichen Aktivitäten seien massiv eingeschränkt. Die Beschwerden seien allerdings auch ohne Belastung subschwellig permanent vorhanden. Die bereits vorhandenen Röntgenbilder und das zwischenzeitlich angefertigte MRI (vgl. act. IIA M13) zeigten eine konsolidierte Fraktur. Anteromedial sei ein ossäres Impingement möglich, ansonsten bestünden 2 Ossikel mit Verdacht, im Gelenk zu liegen. Als Beurteilung hielt Dr. med. D. _____ ein persistierendes anteromediales Impingement nach Malleolarfraktur fest. Ein ossärer Konflikt könne auch MR-thomographisch nicht ganz ausgeschlossen werden. Deshalb habe man sich für ein operatives Vorgehen mittels OSG-Arthroskopie entschieden (act. IIA M10). Am 6. Dezember 2017 fand in der Folge eine ventrale OSG-Arthroskopie links mit Débridement und Resektion eines Ossikels statt (act. IIA M11).

3.2.8 Mit Stellungnahme vom 1. März 2018 kam der die Beschwerdegewegnerin beratende Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, zum

Schluss, dass lediglich die Malleolarfraktur Typ B, welche einer konservativen Behandlung in Gipsfixation zugeführt worden sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 5. Februar 2017 stehe. Bereits im initial zeitgerecht durchgeführten Standardröntgenbild des OSG links habe sich ein abgerundetes, in dieser Form klassisch vorbestehendes Ossikel, welches in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Februar 2017 stehe, gefunden. Damit seien die diesbezüglichen therapeutischen Bemühungen an und um den medialen Malleolus nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Februar 2017 zu bringen. Hier habe man einen Vorbefund behandelt (act. IIA M14).

3.2.9 Am 8. Juni 2018 nahm Dr. med. C. _____ zur medizinischen Behandlung Stellung. Nach konservativer Behandlung einer Malleolarfraktur habe die Versicherte im weiteren Verlauf Beschwerden unter Belastung entwickelt. Es habe ein anteromediales Impingement des oberen Sprunggelenks nachgewiesen werden können. Dies sei eine typische Komplikation, die im weiteren Verlauf nach einer Malleolarfraktur auftreten könne. Im Rahmen der OSG-Arthroskopie hätten sich neben einem schon vordiagnostizierten Ossikel auch massgebliche Vernarbungen gezeigt, die gelöst werden mussten. Aus diesem Grund sehe er dort eine Unfallfolge (act. IIA M16; siehe auch act. IIA M17).

3.2.10 Nachdem auf Verlangen der Beschwerdegegnerin bzw. des diese beratenden Arztes Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 28. September 2018 aktuelle seitenvergleichende Röntgenbilder der Sprunggelenke angefertigt und eingereicht worden waren (siehe act. IIA M19 S. 1 sowie act. IIA M20 f.), nahm dieser unter Berücksichtigung sämtlicher Akten und Röntgenbilder wie auch der telefonischen Auskünfte der behandelnden Physiotherapeutin (vgl. act. IIA M22 S. 4 f.) am 3. Oktober 2018 eine versicherungsmedizinische Beurteilung der dokumentierten Beschwerden und Behandlungen hinsichtlich deren Unfallkausalität vor.

Die Malleolarfraktur Typ B nach Weber mit Schrägfraktur der Fibula sowie eine Zerrung des Innenbandes (Ligamentum deltoideum) könnten als Folgen des Ereignisses vom 5. Februar 2017 gut nachvollzogen werden. Eine

wesentliche intraartikuläre Schädigung sei in dieser Konstellation höchst unwahrscheinlich, da 8 Monate nach dem Ereignis einerseits im MRI vom 10. Oktober 2017 (recte: 25. September 2017; act. IIA M13 S. 8 und M19 S. 2) keine intraartikulären Hindernisse und andererseits eine erhaltene Kontinuität im Deltoidligament dargestellt werden konnten (act. IIA M22 S. 5). Die radiologisch dokumentierte kleine ovuläre knöchernen Struktur unterhalb des medialen Malleolus sei eine höchstens mögliche frische Unfallfolge vom 5. Februar 2017. Sie zeige mit der rundlichen Form, der scharfen Begrenzung, der strukturellen Inhomogenität und der Lokalisation die Zeichen einer vorbestehenden Veränderung. In der am 28. September 2018 zusätzlich auf der rechten Gegenseite angefertigten Röntgenaufnahme finde man gleichermassen eine derartige Verknöcherung an der medialen Malleolenspitze mit vergleichbarer Relation zu dieser. Die eindeutig medial reproduzierbaren Schmerzen müssten somit nicht zwingend auf dieses Ossikel zurückgeführt werden, da die Pronationstraumatisierung nur eine Zerrung des medialen Bandes (Ligamentum deltoideum) bewirkt habe, was klinisch bei der Erstuntersuchung in ... auch zum Ausdruck gekommen sei (vgl. act. IIA M1). Man könne somit eine frische Verletzungsfolge an der knöchernen Malleolenspitze ausschliessen. Dazu passe auch der günstige Verlauf nach arthroskopischer Gelenktoilette mit Entfernung eines lateralen Fragmentes (Ossikels) ohne Massnahme am medialen Ossikel, das weiterhin bestehe (act. IIA M22 S. 6). Arthroskopisch seien massive Vernarbungen vorne vorgelegen, jedoch nur geringe Entzündungsvorgänge in der Gelenkkapsel („etwas Synovialitis“; act. IIA M11). Der arthroskopische Befund habe keine Indizien geliefert, dass es sich bei den intraartikulären Vernarbungen und Ossikeln (intra- und extraartikulär) um eine Unfallfolge vom 5. Februar 2017 handle. Eine Ruptur des Ligamentum deltoideum – was allenfalls medial intraartikuläre Narben hätte hinterlassen können – sei im MRI und klinisch nicht nachgewiesen worden und das Ossikel medial, das als symptomhaltend postuliert worden sei, habe keine klinische Relevanz gehabt und bestehe im mittlerweile symptomfreien linken Sprunggelenk noch heute, wie auch im Sprunggelenk medial rechts ein ähnliches asymptomatisches Ossikel vorliege. Da keine Hinweise bestünden, dass im Zusammenhang mit der nicht dislozierten Malleolarfraktur Typ B eine wesentliche intraartikuläre Zusatzschädigung eingetreten sei, könne davon ausgegangen werden, dass der Status quo ante frühestens mit der Ab-

schlussuntersuchung vom 8. Mai 2017 erreicht worden sei. Ein 20-minütiges Joggen sei zu diesem Zeitpunkt wieder möglich gewesen, unter Belastung seien aber noch erträgliche Restbeschwerden medial und lateral wahrgenommen worden. Dies sei im Zusammenhang mit der Fraktur noch verständlich. Unter dem Aspekt der Sportfähigkeit könne der Status quo ante noch bis Ende Juni 2017 ausgedehnt werden (act. IIA 22 S. 7 f.).

3.3 Gestützt auf die vorstehend dargelegte klare medizinische Aktenlage und insbesondere die radiologischen Untersuchungen ist erstellt und unter den Parteien unbestritten, dass im Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 5. Februar 2017 ein Vorbefund in Form eines Ossikels (siehe insbesondere act. IIA M18/B1: „Kleine ovaläre knöcherne Struktur unterhalb des medialen Malleolus, wahrscheinlich akzessorisches Knöchelchen oder alte posttraumatische Veränderung [Druckdolenz an dieser Stelle?]“; vgl. act. IIA M13 und M19 sowie E. 3.2.1 hiervor) bestand. Weiter steht fest, dass dieses Ossikel und nicht etwa eine allfällige aufgrund des Ereignisses vom 5. Februar 2017 eingetretene Vernarbung die Indikation zum operativen Eingriff vom 6. Dezember 2017 bildete (vgl. act. IIA M18/B6 – B9 bzw. act. IIA M8 – M11; E. 3.2.5 – 3.2.7 hiervor).

Im Lichte dieser Ausgangslage überzeugt die Aktenbeurteilung von Dr. med. F. _____ (act. IIA M22; vgl. E. 3.2.10 hiervor) voll und ganz. Dieser Beurteilung stimmt im Grundsatz denn auch der behandelnde Arzt Dr. med. C. _____ in der Stellungnahme vom 8. Juni 2018 (act. IIA M16; vgl. E. 3.2.9 hiervor) zu, wenn er ausführt, anlässlich der Ossikel-Entfernung hätten sich auch massgebliche Vernarbungen gezeigt, welche gelöst werden mussten und in welchen er die Unfallfolge sehe. Diese Vernarbungen bildeten indes nicht die Indikation zum Eingriff. Zudem legt Dr. med. F. _____ überzeugend dar, dass die Unfallschädigung vom 5. Februar 2017 nicht zu der im Bericht erwähnten massgeblichen Ausprägung von Narben geführt haben konnte (act. IIA M22 S. 7 Ziff. 4; vgl. E. 3.2.10 hiervor), weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass der intraoperativ vorgefundene Narbenbefund nicht auf das Ereignis vom 5. Februar 2017, sondern vielmehr auf das von der Beschwerdeführerin erwähnte frühere Unfallereignis zurückzuführen ist.

3.4 Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Februar 2017 infolge des Erreichens des Status quo ante bei vollständiger Konsolidation der Fraktur und zwischenzeitlicher Beschwerdefreiheit (vgl. act. IIA M8 sowie E. 3.2.5 hiervor) per 4. August 2017 eingestellt und eine Leistungspflicht in Bezug auf die Arthroskopie vom 6. Dezember 2017 bei fehlendem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 5. Februar 2017 (vgl. E. 3.3 hiervor) verneint hat. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, vor dem Unfallereignis vom 5. Februar 2017 völlig beschwerdefrei gewesen zu sein, lässt nicht auf einen Kausalzusammenhang zwischen der Arthroskopie vom 6. Dezember 2017 und dem Unfall vom 5. Februar 2017 schliessen, ist doch für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz „post hoc, ergo propter hoc“ nicht massgebend, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. E. 2.2.1 Abs. 3 hiervor).

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. Oktober 2018 (act. II A24) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für die unterliegende Beschwerdeführerin (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin (Art. 104 Abs. 4 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. c VRPG sowie BGE 126 V 143 E. 4a S. 150) ein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

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

Der Einzelrichter:

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.