

200 20 891 UV
MAK/BRO/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Februar 2022

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

AXA Versicherungen AG

Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357,
8401 Winterthur

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2020 (UVG 44.020.507/5)



Sachverhalt:

A.

Der 1990 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Unfallmeldung vom 19. November 2019 am 16. Oktober 2019 während eines ... in einem ... auf dem rechten Fuss landete, wobei das Fussgelenk/Unterbein verletzt wurde (Akten der AXA [act. II, act. IIA, act. IIB] act. IIB A1 S. 1). Die AXA anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen dieses Ereignisses und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

In der Folge holte die AXA verschiedene Arztberichte und eine Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes, Dr. med. B. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 2. Juni 2020 (act. IIA M4) ein. Gestützt darauf stellte sie mit Schreiben vom 16. Juni 2020 (act. IIB A14) die vorübergehenden Leistungen mangels Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Beschwerden am rechten Fussgelenk zum Unfallereignis per 17. Januar 2020 ein. Hiermit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und verlangte eine anfechtbare Verfügung (act. IIB A17). Diesem Ersuchen kam die AXA mit Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. IIB A18) nach. Eine dagegen erhobene Einsprache vom 10. August 2020 (act. IIB A21) wies die AXA – nach Einholung eines Aktenberichts ihres beratenden Arztes, Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 3. Oktober 2020 (act. IIA M7) – mit Entscheid vom 30. Oktober 2020 (act. IIB A27) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 1. Dezember 2020 (Postaufgabe) Beschwerde und beantragte sinngemäss, in Aufhebung des Einspracheentseides vom 30. Oktober 2020 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, über den 17. Januar 2020 hinaus die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen für die Gesundheitsschädigung aus dem Ereignis vom 16. Oktober 2019 zu erbringen.

Nachdem das Verfahren zunächst beschränkt worden war, anerkannte die Instruktionsrichterin nach weiteren Abklärungen die Rechtzeitigkeit der Beschwerde. Mit Beschwerdeantwort vom 31. März 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 3. Januar 2022) reichte die Beschwerdegegnerin am 5. Januar 2022 die vollständigen amtlichen Akten nach.

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. 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 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 30. Oktober 2020 (act. IIB A27). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zu-

sammenhang mit dem Ereignis vom 16. Oktober 2019 über den 17. Januar 2020 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 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 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163). 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 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).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). Ebenso wie der leistungs begründende 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 blosse 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 leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 4.2).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 16. Oktober 2020 (act. IIB A1 S. 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Die Beschwerdegegnerin erbrachte im Zusammenhang mit dem besagten Ereignis zunächst vorübergehende Leistungen und anerkannte damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität. Sie trägt demnach die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Am 22. Oktober 2019 konsultierte der Beschwerdeführer Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im Bericht vom 23. Oktober 2019 (act. IIA M9) hielt dieser fest, der Patient sei bei einem ... gestürzt (Distorsion). Es handle sich um eine belastete Rotationsbewegung bei fixiertem Fuss. Lateral seien relativ starke Schmerzen aufgetreten. Initial hätten medial keine Beschwerden bestanden. Im Verlauf sei eine leichte Schwellung medial aufgetreten. Lateral seien die Beschwerden bestehen geblieben (S. 1). Es bestehe der Verdacht auf eine laterale Malleolarfraktur. Es werde eine CT-Untersuchung durchgeführt (S. 2).

3.2.2 Nach durchgeführter CT führte Dr. med. E._____, Facharzt für Radiologie, im Bericht vom 23. Oktober 2019 (act. IIA M1) aus, es bestünden keine Hinweise auf eine frische Fraktur, insbesondere nicht auf eine

frische Fraktur des lateralen Malleolus. Angrenzend an den medialen Malleolus bestehe eine randsklerosierte schalenförmige Struktur. Diese sei vereinbar mit einem alten abgerissenen Fragment nach alter medialer Malleolusfraktur. Es bestehe eine unauffällige Stellung und Artikulation (S. 2).

3.2.3 Im Bericht vom 20. November 2019 (act. IIA M10) führte Dr. med. D._____ aus, es bestehe der Verdacht auf eine laterale Malleolarfraktur Typ B rechts. Im Alltag bestünden keine Beschwerden mehr. Mit dem ... habe der Patient moderat wieder begonnen. Dabei bestünden leichte Beschwerden über dem ventralen oberen Sprunggelenk. Ein Instabilitätsgefühl bestehe nicht. Seitens der Bandproblematik bestehe ein guter Verlauf. Aufgrund der degenerativen Veränderungen könnte die Rehabilitation verlängert sein.

3.2.4 Nach durchgeführter MRT vom 17. Januar 2020 erklärte Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie, im Bericht vom gleichen Tag (act. IIA M2), es bestehe kein Nachweis einer älteren subakuten Fraktur der distalen Fibula. Es bestehe jedoch eine subakute Partialruptur der vorderen Syndesmose mit ausgedünnten Bandanteilen, eine Ruptur des Ligamentum talofibulare anterius sowie ossäre Ausrisse des Ligamentum deltoideum. Ausserdem gebe es vermehrte synoviale Proliferationen entlang der Bandreste des Ligamentum talofibulare anterius sowie auch dorsal an der Pars tibiotalare posterior des Ligamentum deltoideum, so dass hier ein anterolaterales/posteromediales Impingement noch denkbar sei. Zudem bestünden multiple ältere Ossikel unterhalb des Malleolus medialis (S. 2).

3.2.5 Am 17. März 2020 unterzog sich der Beschwerdeführer einer diagnostischen Arthroskopie des oberen Sprunggelenks rechts, gefolgt von einer Rekonstruktion der lateralen und medialen Bänder mit Resektion freier medialer malleolar Osteophyten. Die Operation wurde durch die Dres. med. G._____ und H._____, Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, durchgeführt. Im Operationsbericht vom gleichen Tag (act. IIA M3) führten die Operateure unter anderem aus, bei der Arthroskopie hätten sich einzelne Osteophyten an der Tibia ohne Impingementsituation gefunden. Der mediale Malleolus sei vollkommen nackt, der Talus lasse sich aus dem medialen Malleolus herausdrehen und der laterale Bandapparat sei von der Fibula abgerissen.

Aufgrund der Instabilität lasse sich das Gelenk sehr gut aufklappen. Soweit einsehbar sei der Knorpel im tibiotalaren Gelenkspalt intakt, ventral allenfalls etwas rau (S. 1).

3.2.6 Im Bericht vom 2. Juni 2020 (act. IIA M4) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. B._____, fest, die beklagten Beschwerden seien zu Beginn überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 16. Oktober 2019 gestanden (S. 3 Frage 1). Die Gesundheit des Beschwerdeführers sei jedoch bereits vor besagtem Ereignis beeinträchtigt gewesen. Gemäss Akten sei ein erstes Supinationstrauma des oberen Sprunggelenks am 21. August 2009 erfolgt. Damals habe der Verdacht auf eine Basisfraktur des Ligamentum deltoideum medial bestanden. Es sei eine Gipsbehandlung erfolgt. Radiologisch habe sich damals auch ein alter Bandausriss des Ligamentum fibulo-talare anterius gezeigt. Zudem werde ein weiteres Ereignis vom 2. Januar 2010 mit plötzlich auftretendem Schmerz submalleolär medial rechts dokumentiert (S. 3 Frage 2). Das Ereignis vom 16. Oktober 2019 habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Weder in den konventionellen Röntgen noch im CT vom 23. Oktober 2019 oder im MRI vom 17. Januar 2020 seien frische strukturelle Läsionen vorgefunden worden. Die im MRI beschriebene subakute Partialruptur der vorderen Syndesmose sei nicht auf das Ereignis vom 16. Oktober 2019 zurückzuführen. Die damals durchgeführten Röntgen im Stehen zeigten eine stabile Gabel. Weiter seien die Verhältnisse am lateralen Bandapparat vorgeschädigt. Bereits am 21. August 2009 sei dies als alter Bandausriss beurteilt worden (S. 3 Frage 3). Der Status quo sine sei per 17. Januar 2020 erreicht gewesen, denn frische strukturelle Läsionen hätten im MRI vom 17. Januar 2020 und den vorangegangenen radiologischen Abklärungen überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden können. Ausserdem sei der Beschwerdeführer im Alltag beschwerdefrei (S. 4 Frage 4).

3.2.7 Dr. med. H._____ führte im Bericht vom 28. Juli 2020 (act. IIA M5) aus, der Patient sei seit 2009 wegen rezidivierenden Supinations- und Pronationstraumata des oberen Sprunggelenks in der Praxis ... in Behandlung. Er habe sich bei diesen multiplen Traumata den Bandapparat des oberen Sprunggelenks sowohl medial als auch lateral verletzt mit eindrück-

lichem knöchernem Abriss am medialen Malleolus, der auf den Röntgenbildern aus dem Jahr 2010 zunächst nicht zu sehen gewesen sei. Sprunggelenksbänder könnten in diesem jungen Alter nur durch ein entsprechendes Trauma und Unfallereignis reissen. Sowohl die Bildgebung als auch die Arthroskopie vom 17. März 2020 würden dies zweifellos bestätigen.

3.2.8 Im Bericht vom 3. Oktober 2020 (act. IIA M7) erklärte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C._____, anlässlich eines ... vom 16. Oktober 2019 habe der Beschwerdeführer bei der Landung nach einem Sprung ein Pronationstrauma erlitten. Gleichentags sei eine Konsultation im Spital I._____, erfolgt. Dabei sei eine Weichteilschwellung über dem lateralen Malleolus festgestellt worden. Somit habe mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Distorsionstrauma stattgefunden. Diese Symptomatik sei überwiegend wahrscheinlich Folge des Distorsionstraumas. Für die weitere Symptomatik bestehe zum Trauma vom 16. Oktober 2019 keine Unfallkausalität. Im Röntgen vom 17. Oktober 2019 sei keine frische Fraktur zu erkennen. Auch die CT vom 23. Oktober 2019 zeige keine frischen Frakturen. Die randsklerosierte schalenförmige Struktur angrenzend an den Innenknöchel sei vereinbar mit einem alten abgerissenen Fragment nach alter medialer Malleolusfraktur. Zudem zeige das MRI vom 17. Januar 2020 keine frische Läsion nach dem beschriebenen Trauma (S. 2 Frage 1). Für den Zeitraum von sechs Wochen müsse für die Beschwerden eine Unfallkausalität angenommen werden. Danach könne das Distorsionstrauma als abgeheilt angesehen werden.

Dr. med. C._____ hält ferner fest, beim Beschwerdeführer bestünden massive Vorschädigungen, was von Dr. med. H._____ im Bericht vom 28. Juli 2020 (vgl. act. IIA M5) eindrücklich beschrieben werde. Von ihr werde richtigerweise vermerkt, dass die Bandenrupturen immer Folge eines Traumas gewesen seien. Auch im Operationsbericht (vgl. act. IIA M3) werde von einer chronischen talaren Instabilität bei rezidivierenden Pronationstraumata des oberen Sprunggelenks mit Läsion des lateralen und medialen Bandapparats des oberen Sprunggelenks rechts berichtet (act. IIA M7 S. 2 Frage 2). Der Status quo sine sei spätestens sechs Wochen nach dem Trauma vom 16. Oktober 2019 wieder erreicht gewesen. Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden seien Folge der massiven

Veränderungen aufgrund früherer Traumata (S. 2 Frage 3). Das Ereignis vom 16. Oktober 2019 sei geeignet gewesen, die Symptomatik am Fuss rechts für sechs Wochen auszulösen. Die danach fortbestehenden Beschwerden am rechten Fuss hätten ihre Ursache in den deutlichen traumatischen Veränderungen aus früheren Verletzungen (S. 3 Frage 4). Für eine richtungsgebende Verschlechterung ausserhalb der Abheilungszeit für das Distorsionstrauma fehle eine nachgewiesene frische Schädigung im Bereich des oberen Sprunggelenks (S. 3 Frage 5). Die doch zum Teil schweren Veränderungen, wie auf den Röntgenbildern, in der CT und der MRI dokumentiert, seien auf frühere Ereignisse zurückzuführen (S. 3 Frage 6).

3.2.9 Im mit Beschwerde gegen den Einspracheentscheid bezeichneten Schreiben vom 23. November 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) führte Dr. med. G. _____ aus, es sei unzweifelhaft so, dass beim beschwerdeführenden ... vor dem Unfallereignis vom 16. Oktober 2019 relevante Vorschäden am rechten oberen Sprunggelenk bestanden hätten. Er habe den Patienten mehrmals wegen Verletzungen an beiden Sprunggelenken behandelt. Diese relevanten Vorschäden (knöcherner Ausriss vor sechs Jahren) hätten grundsätzlich schon früher mittels Stabilisierung des oberen Sprunggelenks behandelt werden können und eigentlich auch behandelt werden müssen. Wie bei ... häufig, habe der Patient auf eine Operation verzichtet, um seine Karriere weiterführen zu können. Anlässlich des neuerlichen Traumas vom 16. Oktober 2019 sei es zu einer deutlichen Verschlimmerung der Schmerzsymptomatik gekommen. Im MRI (vgl. IIA M2), das notabene erst drei Monate nach dem Trauma angefertigt worden sei, werde unter anderem eine frische partielle Läsion der Syndesmose dokumentiert. Nach Eintreten einer leichten Besserung sei der Leidensdruck im Alltag zwar gering gewesen, aber zuvor gut mögliche ... Betätigungen seien nicht mehr schmerzfrei möglich bis unmöglich gewesen (act. I 3 S. 1), was letztlich zur Operation (vgl. act. IIA M3) geführt habe. Folglich handle es sich um eine richtungsgebende Verschlimmerung eines nicht abgestrittenen traumatischen (nicht krankhaften) Vorzustandes. Soweit Dr. med. B. _____ bemerkt habe, die damals durchgeführten Röntgen im Stehen zeigten eine stabile Gabel (vgl. act. IIA M4 S. 3 Frage 3), sei darauf hinzuweisen, dass eine belastete Aufnahme am Ereignistag nur eine bedingte Aussagekraft habe, was der beratende Arzt der Beschwerdegeg-

nerin natürlich wisse. Im MRI-Bericht drei Monate später werde ein Status nach Partialruptur der vorderen Syndesmose, die diffus noch signalangehoben und verbreitet sei, genannt und auf ältere subakute Rupturen hingewiesen (vgl. act. IIA M2 S. 1). Auch Dr. med. C. _____ streite nicht ab, dass es sich um traumatische Vorzustände handle, denn er weise selber auf deutliche traumatische Veränderungen bei früheren Verletzungen hin (vgl. act. IIA M7 S. 2 Frage 3). Das letzte Ereignis sei Teilursache in der langen Kaskade der von der Versicherung anerkannten traumatischen Ereignisse. Es habe das Fass zum Überlaufen gebracht und sei deshalb richtungsgibend und nicht vorübergehend. Auch Teilursachen seien UVG-pflichtig. Im Übrigen werde in der Literatur ausgeführt, auch eine mittelbare/indirekte Kausalität sei eine natürliche Kausalität. Daraus könne selbstverständlich abgeleitet werden, dass die Beschwerden, die am Ort des Geschehens auftraten, die Kriterien der natürlichen Kausalität erfüllten.

Weiter führt Dr. med. G. _____ aus, eine früher gestellte Indikation zu einer Operation werde nicht zwangsläufig hinfällig, wenn die Operation nicht sofort durchgeführt werde. Sie behalte ihre Gültigkeit. Vorliegend könne der Unfall nicht weggedacht werden, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfele. Dass der Patient vor dem Ereignis vom 16. Oktober 2019 nicht unter Fussbeschwerden gelitten habe, bedeute weder, dass er zuweilen nicht Schmerzen gehabt habe, noch, dass keine traumatischen Veränderungen vorhanden seien. Solche seien denn auch eindeutig durch Voruntersuchungen belegt. Es sei klar festzustellen, dass der Status quo sine noch nicht erreicht gewesen sei. Andernfalls hätte er den Patienten nicht operiert und dieser hätte sich sicherlich auch nicht operieren lassen. Es sei ausserdem nicht korrekt, dass vorliegend das MRI, das nota bene drei Monate nach dem Trauma durchgeführt worden sei und damit nichts über akute Schäden aussage, und nicht die klinischen Untersuchungsbefunde und die Schmerzangaben des Patienten beigezogen worden seien (act. I 3 S. 2).

3.2.10 In der Stellungnahme vom 17. März 2021 (act. IIA M11 S. 1 ff.) führte der beratende Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in Bezug auf den Bericht des behandelnden Arztes, Dr. med. G. _____, vom 23. Novem-

ber 2020 (vgl. act. I 3) insbesondere aus, die knöchernen Fragmente im medialen Bandkomplex seien radiologisch bereits 2009 dokumentiert worden. Damals sei eine Gipsbehandlung für zwei Wochen erfolgt (act. IIA M11 S. 10 Frage 1 Ziff. 1). Die von Dr. med. G. _____ erwähnte deutliche Verschlimmerung der Schmerzsymptomatik (vgl. act. I 3 S. 1) sei nicht identisch mit dem Zustandekommen einer richtungweisenden Verletzung. Primär handle es sich um ein Ereignis und nicht um ein Trauma, solange keine frischen traumatischen Folgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erkennbar seien (act. IIA M11 S. 10 Frage 1 Ziff. 2).

Indem Dr. med. G. _____ ausführe, das Trauma sei optisch nicht sehr eindrücklich gewesen, für den Beschwerdeführer jedoch sehr schmerzhaft und habe eine künftige ...tätigkeit nicht mehr erlaubt, was zur Operation geführt habe (vgl. act. I 3 S. 1 f.), räume dieser ein, dass der Schweregrad des „Traumas“ in einem gewissen Missverhältnis zur nachfolgenden Schmerzhaftigkeit gewesen sei. Damit werde die Bedeutung der Vorschädigung, die offenbar nicht weggedacht werden könne, unterstrichen (act. IIA M11 S. 10 Frage 1 Ziff. 3). Dr. med. G. _____ gehe zwar von einer richtungweisenden Verschlimmerung im Sinne einer Teilursache aus (vgl. act. I 3 S. 2), könne jedoch kein (zusatz-)geschädigtes Substrat benennen (act. IIA M11 S. 11 Frage 1 Ziff. 4). Soweit er im Übrigen ausgeführt habe, der Unfall könne nicht weggedacht werden (vgl. act. I 3 S. 2), sei festzuhalten, dass bei einem offensichtlichen Missverhältnis zwischen Schadensmechanismus und dem Schadensbild ohne Nachweis von frischen Zusatzschädigungen auch ein Ereignis für eine Manifestation des pathologischen Vorzustandes ausreiche (act. IIA M11 S. 11 Frage 1 Ziff. 6). Ausserdem belegte eine bereits früher gestellte Operationsindikation (vgl. act. I 3 S. 1 f.), dass es sich um eine Behandlung alter Schädigungen handeln müsse (act. IIA M11 S. 11 Frage 1 Ziff. 7). Dr. med. G. _____ habe die Syndesmosenschädigung klinisch und auch während der Operation nie thematisiert. Die Indikation zur Operation sei eine „chronische talare Instabilität bei rezidivierenden Pronationstraumata des oberen Sprunggelenks mit Läsion des lateralen und medialen Bandapparates rechts“ gewesen (vgl. act. IIA M3 S. 1). Der vorliegende alte Knorpelschaden medial im oberen Sprunggelenk werde in der Operationsdiagnose nicht erwähnt. Das einzige mögliche Thema einer frischen Unfallfolge wäre die Verletzung der

vorderen Syndesmose gewesen. Diesbezüglich finde sich keine Würdigung. Es seien somit ausschliesslich alte Verletzungsfolgen behandelt worden (act. IIA M11 S. 11 Frage 1 Ziff. 8).

Der beratende Arzt führte weiter aus, die Operation vom 17. März 2020 (vgl. act. IIA M3) stehe nicht überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit der erwähnten partiellen Läsion der Syndesmose. Eine Syndesmose sei eine bandartige Verbindung zwischen zwei Knochen, die grundsätzlich aber keine Beweglichkeit untereinander hätten, verglichen mit Gelenken, die durch Bänder gesichert werden müssten. Eine isolierte Verletzung ohne begleitende Bandruptur oder Knochenfraktur sei nicht einfach nachvollziehbar und könne am ehesten noch als Zerrung aufgefasst werden. Bei der Operation seien in erster Linie Bandstrukturen behandelt worden. Da die partielle Syndesmosenschädigung, ob alt oder neu, bei der Operation nicht einmal prüfenswerter Gegenstand der diagnostischen Überlegungen gewesen sei, obwohl dieser Untersuchung ein hoher Stellenwert beigemessen werde, und da eine diesbezügliche Schädigung bei der Operation in keiner Hinsicht irgendwelche Berücksichtigung gefunden habe, sei ein natürlicher Kausalzusammenhang auszuschliessen (act. IIA M11 S. 11 f. Frage 2).

In Bezug auf die Frage, wann die direkten Folgen des Pronationstraumas als abgeheilt betrachtet werden könnten, führte Dr. med. J. _____ aus, alle Indizien sprächen für eine Reaktivierung der Symptomatik eines chronisch vorgeschädigten Sprunggelenks rechts. Die möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, als frische Zerrung imponierende Verletzung der vorderen Syndesmose ohne nachweisbare Instabilität habe nicht den Charakter einer richtungsweisenden Verschlimmerung, da sie spätestens mit der Befunderhebung drei Monate nach der Operation ex post nicht überwiegend wahrscheinlich als frische Unfallfolge gewertet werden könne. Es fehle das klinische Korrelat und die Zeichen einer erheblichen Vorschädigung am oberen Sprunggelenk seien imponant, auch wenn geltend gemacht werde, es habe Zwischenjahre ohne wesentliche Symptomatik gegeben. Der Beschwerdeführer gebe an, er habe anhaltend Beschwerden gehabt, die durch den operativen Eingriff in der Nachkontrolle drei Monate später behoben gewesen seien. Was auch immer an den Bän-

dern zu einer Besserung beigetragen habe, ein Zusammenhang mit einer allfälligen Zerrung der vorderen Syndesmose bestehe keineswegs, da diese weder in der klinischen Untersuchung noch in der Operation Berücksichtigung gefunden habe. Der operative Eingriff habe sich mit Gewebsstrukturen befasst, die eindeutig vor dem 16. September (recte wohl: Oktober) 2019 geschädigt gewesen seien. In der epikritischen Betrachtung habe sich offenbar die Syndesmosenschädigung, ob frisch oder alt, nicht als klinisch relevant herausgestellt. Wenn die Frage des Status quo sine überhaupt beantwortet werden müsse, sei es naheliegend, dass dieser spätestens am 17. Januar 2020 mit dem Ausschluss einer frischen Unfallfolge im MRI (vgl. act. IIA M2) erreicht gewesen sei, auch wenn der Beschwerdeführer noch nicht im ursprünglichen Umfang ... gewesen sei. Dies decke sich mit der Einschätzung von Dr. med. B. _____ (vgl. act. IIA M4).

Was die Ausführung von Dr. med. C. _____ angehe, wonach ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Pronationstrauma und der geltend gemachten Symptomatik einer lateralen Knöchelschwellung bestehe (vgl. act. IIA M7), sei dies ein Lokalbefund, der auf Vorschädigungen der Aussenbänder basiere. Auf die Wahrscheinlichkeit einer frischen Syndesmosenverletzung gehe Dr. med. C. _____ nicht ein, da sie im Verlauf nicht thematisiert worden sei. Seine Einschätzung des Status quo sine basiere also auf einer Beruhigung der lateralen Schwellung im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung der lateralen Bandschädigung und stimme mit der Beurteilung von Dr. med. B. _____ überein (act. IIA M11 S. 12 Frage 3).

3.3 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).

3.3.1 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).

3.3.2 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 2.3). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; BGer

8C_672/2020, E. 2.3). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsin-
ternen Ärzten gleichzusetzen (BGer 8C_672/2020, E. 2.3).

3.3.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein
lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztli-
che Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts
geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in
den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspra-
cheentscheid vom 30. Oktober 2020 (act. IIB A27) massgeblich auf die
Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dres. med. B._____ und
C._____ vom 2. Juni 2020 (act IIA M4) bzw. vom 3. Oktober 2020 (act.
IIA M7). Diese erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisfor-
derungen (vgl. E. 3.3.1 ff. hiervor) und erbringen in Bezug auf die hier strit-
tigen Fragen vollen Beweis. Dass die beratenden Ärzte keine klinische Ex-
ploration des Beschwerdeführers durchführten, ist nicht zu beanstanden,
konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamt-
haft lückenloses Bild verschaffen (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Zu-
dem kann rechtsprechungsgemäss insbesondere (auch) die Kausalität im
Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (Entscheid des BGer vom
9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2).

Sowohl Dr. med. B._____ als auch Dr. med. C._____ setzten sich
in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig
mit den gesundheitlichen Befunden und Beschwerden des Beschwerdefüh-
rers am oberen Sprunggelenk auseinander und stützten ihre Schlussfolge-
rungen insbesondere auch auf die bildgebenden Untersuchungen (act. IIA
M4 S. 3 Frage 3, M7 S. 2 Frage 1). Die daraus gezogenen Folgerungen
und die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammen-
hänge sind eingehend und überzeugend begründet. Demnach ist auf die
Aktenberichte der beratenden Ärzte abzustellen.

3.4.1 Die Ausführung der beratenden Ärzte, wonach es am 16. Oktober
2019 zu einem Pronationstrauma ohne frische Läsionen gekommen sei
(act. IIA M4 S. 3 Frage 1 und 3, M7 S. 2 Frage 1), findet ihren Rückhalt in

den bildgebenden Untersuchungen vom 17. und 23. Oktober 2019 sowie vom 17. Januar 2020 (act. IIA M1 f.; die Originalunterlagen der Erstuntersuchung im Spital I. _____ befinden sich nicht in den Akten. Allerdings bestätigt sowohl der behandelnde Orthopäde, Dr. med. G. _____, als auch der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. B. _____, dass auf dem Röntgenbild keine frische Fraktur sichtbar gewesen sei [act. IIA M4 S. 1 f., M8 S. 2], was denn auch nicht bestritten wird), welche keine frischen Rupturen oder Frakturen zeigten. Demnach wurde auch der initial von Dr. med. D. _____ geäusserte Verdacht einer lateralen Malleolarfraktur (act. IIA M9) nicht bestätigt (act. IIA M1 S. 2). Selbst wenn es jedoch anlässlich des Ereignisses vom 16. Oktober 2019 zu einer partiellen Läsion der Syndesmose gekommen sein sollte, würde dies am Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 3.5 hiernach). Ausserdem ist die von den beratenden Ärzten erwähnte massive Vorschädigung und deren Operationsbedürftigkeit (Stabilisierung des oberen Sprunggelenks; vgl. E. 3.2.9 hiervoor [act. IIA M4 S. 3 Frage 2 f., M7 S. 2 Frage 2]) unbestritten und wird auch von den behandelnden Ärzten genannt (act. IIA M5, M8 S. 1 f.; act. I 3). Demnach wurde neben den direkten Folgen des Pronationstraumas vom 16. Oktober 2019 auch ein stummer Vorzustand aktiviert, weshalb die Beurteilung der beratenden Ärzte, wonach die über den 17. Januar 2020 hinaus geklagten Beschwerden am rechten oberen Sprunggelenk überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 16. Oktober 2019 zurückzuführen seien (act. IIA M4 S. 3 Frage 3) respektive der Status quo sine sechs Wochen nach dem Ereignis vom 16. Oktober 2019 erreicht gewesen sei (act. IIA M7 S. 2 Frage 3), schlüssig begründet ist.

Die Beurteilungen der Dres. med. B. _____ und C. _____ werden im Übrigen durch die Stellungnahme eines weiteren beratenden Arztes, Dr. med. J. _____, bestätigt. In seiner Beurteilung vom 17. März 2021 (act. IIA M11 S. 1 ff.) geht dieser eingehend auf die medizinischen Unterlagen und die versicherungsmedizinisch relevanten Kriterien ein (S. 6 ff.). Nach strukturierter Prüfung anhand wissenschaftlich anerkannter Kriterien (inkl. Beilage von Literatur bezüglich die Syndesmose [S. 14 ff.]) kam auch er nachvollziehbar zum Schluss, die am 17. März 2020 operativ angegangenen Veränderungen seien überwiegend wahrscheinlich vor dem 16. Oktober 2019 entstanden (S. 10 oben).

Die beratenden Ärzte gelangten demnach nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die vorbestehenden Verletzungen am oberen Sprunggelenk für das nach dem 17. Januar 2020 fortbestehende Beschwerdebild und die Operation vom 17. März 2020 ursächlich gewesen seien und der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Bildgebung vom 17. Januar 2020 erreicht gewesen sei.

3.4.2 Daran vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Dr. med. H. _____ beschränkte sich in ihrem Bericht vom 28. Juli 2020 (act. IIA M5) weitgehend auf die Hinweise, der Beschwerdeführer sei seit 2009 wegen rezidivierenden Supinations- sowie Pronationstraumata des oberen Sprunggelenks bei ihnen in Behandlung und eine Ruptur der Bänder des oberen Sprunggelenks ohne Traumata sei bei Personen in dessen Alter nicht bekannt. Eine Auseinandersetzung mit der vorliegend relevanten Frage der Kausalität zwischen dem Ereignis vom 16. Oktober 2019 und den über den 17. Januar 2020 geklagten Beschwerden respektive den strukturellen Läsionen des oberen Sprunggelenks, die zur operativen Versorgung vom 17. März 2020 (act. IIA M3) führten, findet nicht statt. Nicht entscheidewesentlich ist, dass die operative Versorgung vom 17. März 2020 wohl aufgrund früherer Traumata (vgl. act. IIA M8 S. 1 f.) indiziert war, hielt doch Dr. med. G. _____ zufolge diverser Traumata eine Stabilisierung des oberen Sprunggelenks bereits vor dem bei der Beschwerdegegnerin versicherten Ereignis für indiziert (vgl. E. 3.2.9 hiervor), erfolgten diese doch vor der Versicherungsdeckung bei der Beschwerdegegnerin seit September 2019 (vgl. act. IIB A1 S. 1, A8).

Auch der Bericht des – advokatorisch auftretenden – Dr. med. G. _____ vom 23. November 2020 (act. I 3) vermag keine Zweifel (vgl. E. 3.3.2 hiervor) an den Beurteilungen der beratenden Ärzte zu begründen. So bestätigte dieser zunächst explizit das Vorliegen relevanter Vorschädigungen sowie die bereits frühere Indikation zur Behandlung mittels Stabilisierung des oberen Sprunggelenks (S. 1). Soweit er im Übrigen auf die im MRI vom 17. Januar 2020 (act. IIA M2) dokumentierte partielle Läsion der Syndesmose verweist (act. I 3 S. 1), erklärte Dr. med. J. _____, es sei nicht

mehr möglich, eine Angabe über den Zeitpunkt deren Entstehung zu machen (act. IIA M11 S. 10 Frage 1), was überzeugt.

Soweit Dr. med. G. _____ überdies darauf verweist, nach dem Ereignis vom 16. Oktober 2019 seien zuvor gut mögliche ... Betätigungen unmöglich gewesen (act. I 3 S. 1), handelt es sich um eine beweisrechtlich unzulässige Argumentation nach der Formel „post hoc, ergo propter hoc“, welche zum Nachweis der Unfallkausalität nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Dass das Ereignis vom 16. Oktober 2019 neben den unmittelbaren Folgen auch einen stummen Vorzustand aktivierte, wird zudem vom Grundsatz her auch von Dr. med. G. _____ nicht bestritten. Allfällige frühere Unfälle, die den am 17. März 2020 operativ (act. IIA M3) behandelten Vorzustand verursacht haben könnten, ereigneten sich jedoch vor der Unfaldeckung bei der Beschwerdegegnerin ab September 2019 (vgl. act. IIB A1 S. 1, A8), weshalb die Beschwerdegegnerin hierfür nicht leistungspflichtig ist. Wie bereits hiervoor erwähnt, hielt denn Dr. med. G. _____ eine operative Stabilisierung des Sprunggelenks bereits zu einem früheren Zeitpunkt für indiziert.

3.5 Zusammenfassend bestehen keine auch nur geringen Zweifel an den Aktenbeurteilungen der beratenden Ärzte Dr. med. B. _____ vom 2. Juni 2020 (act. IIA M4) und Dr. med. C. _____ vom 3. Oktober 2020 (act. IIA M7), weshalb gestützt darauf mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen ist, dass der Unfall vom 16. Oktober 2019 zu einem Pronationstrauma ohne strukturelle Verletzung am rechten oberen Sprunggelenk führte und einen zuvor asymptomatischen Zustand temporär aktivierte. Selbst wenn es jedoch zu einer partiellen Läsion der Syndesmose gekommen sein sollte, würde dies am Ergebnis nichts ändern, da diese bei der Operation keine Berücksichtigung fand. Der Status quo sine war mithin spätestens im Zeitpunkt der Bildgebung vom 17. Januar 2020 (act. IIA M2) erreicht (act. IIA M4 S. 3 Frage 3, M7 S. 2 Frage 3).

Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2020 (act. IIB A27) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^fbis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer 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 wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____ (samt Eingabe vom 5. Januar 2022 [ohne Akten])
 - AXA Versicherungen AG, Generaldirektion
 - 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.