

200 23 212 UV
WIS/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Juli 2024

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 23. Februar 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1977 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog (neben einer halben Rente der Invalidenversicherung) Taggelder der Arbeitslosenversicherung und war über die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als am 2. Juli 2022 beim Anstehen ein vor ihm stehender grosser und schwerer Mann zwei Schritte rückwärts machte, ihm dabei auf den Fuss stand und er deswegen rückwärts stolperte bzw. auf den Rücken stürzte, wonach er erhebliche Schmerzen im rechten grossen Zeh und auch im Rücken verspürte (Akten der Suva [act. IIA] 1, 13, 32, 34/19 ff.; vgl. auch act. IIA 18/1, 44). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis die gesetzlichen Versicherungsleistungen, indem sie für Heilbehandlung und Taggelder aufkam (vgl. act. IIA 3), und klärte den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht ab. Gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, vom 22. Dezember 2022 (act. IIA 90) und 9. Januar 2023 (act. IIA 97) stellte die Suva mit Verfügung vom 9. Januar 2023 die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2023 ein, da der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 2. Juli 2022 eingestellt hätte, spätestens nach drei bis vier Monaten erreicht gewesen sei (act. IIA 102). Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (act. IIA 109; vgl. auch act. IIA 114) wies die Suva mit Entscheid vom 23. Februar 2023 ab (act. IIA 118).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 24. März 2023 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Sache zu weiterer Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter seien auch nach dem 31. Januar 2023 Leistungen, insbesondere Taggelder und Heilbehandlungskosten auszurichten, unter Kosten- und Ent-

schädigungsfolge. In diesem Zusammenhang reichte der Beschwerdeführer aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3 f.).

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Mai 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, dies unter Hinweis auf eine versicherungsmedizinische Beurteilung durch Dr. med. C. _____ vom 4. Mai 2023 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 2).

Mit Replik vom 4. Juli 2023 (samt weiterer Berichte der behandelnden Ärzte [act. I 5 ff.]) und Duplik vom 14. September 2023 (samt einer konsularischen Zweitbeurteilung durch Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Radiologie, vom 7. September 2023 [act. II 4] und einer weiteren versicherungsmedizinischen Beurteilung durch Dr. med. C. _____ vom 13. September 2023 [act. II 5]) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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

kantonales Gesetz 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 23. Februar 2023 (act. IIA 118). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 2. Juli 2022 über den 31. Januar 2023 hinaus und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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; 148 V 356 E. 3 S. 358).

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).

2.2.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; in BGE 149 V 218 nicht publizierte E. 5.2 des Entscheids des Bundesgerichts [BGer] vom 8. August 2023, 8C_125/2023; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.2.3 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 149 V 218 E. 5.6 S. 223, 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 156 E. 4.2).

2.3 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 leistungsbegründende 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 blosser 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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des 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 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist denn auch unbestritten, dass das Ereignis vom 2. Juli 2022 einen Unfall im Rechtssinne darstellt (vgl. E. 2.1 hiervor). Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre grundsätzliche Leistungspflicht bis zum 31. Januar 2023 zu Recht (vgl. act. IIA 102, 118). Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer über diesen Zeitpunkt hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Aktenkundig sind ein vorbestehendes zerviko-thorakolumbales Schmerzsyndrom bei Status nach Autounfall vor Jahren und leichter skolio-tischer Fehlhaltung hochthorakal und eine "andauernde Persönlichkeitsveränderung mit hoher Wahrscheinlichkeit ADHS". Der Beschwerdeführer klagt seit dem Autounfall über anhaltende Ganzkörperschmerzen im Be-

reich der Wirbelsäule, der linken Schulter, beider Ellenbenden und beider Handgelenke sowie seit einem Sturz am 10. Januar 2020 zusätzlich im Bereich der rechten Schulter und im Nacken. Bis auf leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule liessen sich an der gesamten Wirbelsäule keine höhergradigen Degenerationszeichen oder post-traumatischen Zeichen finden (Bericht des PD Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 26. Februar 2020 mit Nachtrag vom 2. November 2020; act. IIA 60; vgl. auch act. IIA 55).

Nach einer weiteren Kontusion am 6. August 2020 mit Beschwerden im oberen Sprunggelenk (OSG) fand sich im MRI vom 31. August 2020 kein Nachweis einer Bandruptur, sondern einzig eine Stressreaktion der Basis Os metatarsale II (act. IIA 54).

3.2.2 Anlässlich der Erstbehandlung nach dem Unfall vom 2. Juli 2022 in der Notfallpraxis des Spitals F. _____ vom 3. Juli 2022 wurden eine Vorfusskontusion und Rückenkontusion diagnostiziert (act. IIA 32). Die Röntgen des Vorfusses rechts und des Rippen thorax beidseits zeigten keine frischen traumatischen ossären Veränderungen, sondern leichtgradige degenerative Veränderungen im ersten MTP-Gelenk des rechten Fusses (act. IIA 33). Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 10. Juli 2022 attestiert (act. II 2/2). Diese verlängerte der Hausarzt, Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fortlaufend bis 31. Januar 2023 (act. IIA 5/3, 12, 23/3 f., 46/2 f., 76/2, 81/2, 104/2; vgl. zudem auch act. IIA 20/2, 49/2, 82/2).

3.2.3 Ein am 13. August 2022 durchgeführtes MRI des rechten Vorfusses wurde wie folgt beurteilt (act. IIA 34/2 f.): Aktivierte Grosszehengrundgelenksarthrose (mit subchondralen Signalalterationen und Zysten sowie Gelenkerguss) mit Partialruptur der plantaren Platte; kein Anhalt für eine okkulte Fraktur.

3.2.4 Auf hausärztliche Zuweisung hin diagnostizierten die orthopädisch behandelnden Ärzte des Spitals F. _____ im Bericht vom 7. September 2022 eine traumatisierte MTP-I-Arthrose im Fuss rechts mit Partialläsion der plantaren Platte ebendort vom 2. Juli 2022 und anamnestisch einen

Status nach Polytrauma vor ca. 20 Jahren (IV-Berentung). Die aktuellen Restbeschwerden (anamnestisch insbesondere beim Abrollen des rechten Fusses) seien als Folge der aktivierten Grosszehengrundgelenksarthrose zu werten. Hinweise auf eine ligamentäre Instabilität bei beschriebener Partialruptur der plantaren Platte beständen bei der klinischen Untersuchung nicht. Empfohlen werde die Anpassung orthopädischer Schuheinlagen nach Mass mit einer Morton-Extension auf der rechten Seite sowie Physiotherapie zur Gelenkmobilisation und Gangschulung (act. IIA 18).

3.2.5 Ein MRI der LWS vom 24. Oktober 2022 ergab keine sichtbare akute Pathologie (act. IIA 87), ein solches der HWS vom Folgetag ein Bone-bruise des Processus spinosus sowie des Arcus vertebrae links des C7 (act. IIA 86).

3.2.6 Bei der orthopädischen Verlaufskontrolle im Spital F. _____ vom 30. November 2022 habe sich bezüglich der Problematik am rechten Fuss ein ordentlicher Verlauf gezeigt. Auf expliziten Wunsch des Beschwerdeführers sei aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik eine weitere Arbeitsunfähigkeit für 14 Tage attestiert worden, wobei anschliessend zumindest aus fussorthopädischer Sicht die Arbeitsaufnahme zu vertreten sei. Sollten, wie aktuell angegeben, die lumbalen Schmerzen weiterhin im Vordergrund stehen und der Arbeitsaufnahme entgegenwirken, so wäre eine Beurteilung der weiteren Arbeitsunfähigkeit durch den Hausarzt bzw. durch die Schmerzmedizin zu empfehlen (act. IIA 85).

3.2.7 Die Suva-Ärztin Dr. med. C. _____ wies in der Beurteilung vom 22. Dezember 2022 auf einen Vorzustand in Form einer Arthrose im Grosszehengrundgelenk und von degenerativen Veränderungen an der LWS hin. Durch den Unfall sei es zu einer Partialläsion der plantaren Platte am Fuss medial gekommen, wogegen es am Rücken zu keiner neuen strukturellen Läsion gekommen sei. Eine Rückenkontusion heile in der Regel nach drei bis vier Monaten aus (act. IIA 90).

Am 9. Januar 2023 ergänzte Dr. med. C. _____, durch das Ereignis sei es zu einer Partialläsion der palmaren Platte an der Grosszehe gekommen. Zudem sei eine vorbestehende Arthrose der Grosszehe vorübergehend aktiviert worden. Nach konservativer Behandlung sei die Therapie für den

rechten Fuss nun abgeschlossen worden. Eine weitere Besserung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Es sei von einem stabilen Zustand auszugehen (act. II 97).

3.2.8 PD Dr. med. E. _____ beurteilte im Bericht vom 6. Februar 2023 die am 1. Februar 2023 durchgeführte CT-Untersuchung und die konventionellen Funktionsaufnahmen der HWS dahingehend, dass sich insgesamt keine akuten traumatischen Veränderungen im Bereich der HWS zeigten. Seiner Meinung nach sei die konservative Therapie auf jeden Fall auszubauen; darüber hinaus möchte der Beschwerdeführer selbständig Osteopathie und Chiropraktik durchführen, was eine sinnvolle Ergänzung darstelle. Bei PD Dr. med. E. _____ seien vorerst keine weiteren Kontrollen geplant. Er schrieb den Beschwerdeführer vom 6. bis 19. Februar 2023 zu 70 % arbeitsunfähig (act. IIA 114; vgl. auch act. IIA 112/2).

Der den Beschwerdeführer nachbehandelnde Dr. med. H. _____, Facharzt für Anästhesiologie, attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 31. März 2023 (act. IIA 119/1).

3.2.9 Im Bericht vom 22. März 2023 ergänzten die behandelnden Ärzte der Orthopädie des Spitals F. _____ bei wieder geklagten Schmerzen im Bereich des rechten Fusses die bisher gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.2.4 hiervor) um den Verdacht auf Plantarfasziitis und diagnostizierten zudem ein lumbales Schmerzsyndrom. Empfohlen wurden neue Schuheinlagen mit Anpassung an die aktuelle Problematik. Die Arbeitsfähigkeit sei durch den aktuellen Zustand nicht beeinträchtigt (act. I 3).

3.2.10 Dr. med. H. _____ diagnostizierte im Bericht vom 23. März 2023 eine traumatisierte MTP-I-Arthrose rechts mit Ruptur der plantaren Platte (Juli 2022) mit/bei Verdacht auf Fasciitis plantaris rechts und CRPS I. Grades rechter Fuss, wobei noch weiterführende Befunde und eine abschliessende Diagnostik fehlten (act. I 4).

3.2.11 Damit konfrontiert führte Dr. med. C. _____ in ihrer Beurteilung vom 4. Mai 2023 was folgt aus (act. II 2): Klinisch seien keine Schwellung, keine Rötung, eine kräftige Aktivierung der Sehnen ohne Schmerzprovokation und eine diskrete Druckdolenz über dem MTP I beschrieben worden. Es könne von einer im Wesentlichen abgeheilten Situation im Bereich der

rechten Grosszehe ausgegangen werden (vgl. bereits E. 3.2.7 hiervor). In Bezug auf ein CRPS seien anhand der vorhandenen Berichte die Budapest-Kriterien nicht erfüllt. Auch das zeitliche Auftreten acht Monate nach Trauma passe klar nicht zu einer unfallkausalen Problematik. Die diagnostizierte Plantarfasziitis sei als neue krankhafte Diagnose anzusehen, sei doch der rechte Vorfuss Ende November 2022 abgeheilt gewesen.

3.2.12 Ein am 26. Juni 2023 durchgeführtes MRI des rechten Fusses wurde vom Radiologen des Spitals F. _____ wie folgt beurteilt (act. I 5): Tiefe Partialruptur der plantaren Platte am Grosszehengrundgelenk; deutlich progrediente und aktivierte Arthrose im Grosszehengrundgelenk; mässig aktivierte Arthrose im Lisfranc-Gelenk, v.a. 2. und 3. Strahl.

Diesen Befund besprachen die die behandelnden Ärzte der Orthopädie des Spitals F. _____ am 29. Juni 2023 mit dem Beschwerdeführer. Dabei empfahlen sie die Fortführung des konservativen Procederes, zumal der Beschwerdeführer einer operativen Therapie zum aktuellen Zeitpunkt ablehnend gegenüberstehe (act. I 6). Der Hausarzt attestierte weitgehende Arbeitsunfähigkeiten für die Monate Juni und Juli 2023 (act. I 7).

3.2.13 Der für eine konsularische Zweitbeurteilung von der Beschwerdegegnerin zugezogene Prof. Dr. med. D. _____ ging in seiner Beurteilung der MRI-Befunde vom 7. September 2023 von einem Hallux rigidus/einer aktivierten Arthrose des Grosszehengrundgelenkes (in der Verlaufsuntersuchung progredient) sowie einer artikulärseitigen Auffaserung/Partialruptur der plantaren Platte des Grosszehengrundgelenkes am Ansatz an der Phalanx proximalis aus. Aufgrund der Bildgebung alleine sei nicht möglich zu entscheiden, ob diese Partialruptur aufgrund der Arthrose entstanden sei oder Folge einer Traumatisierung bzw. durch diese verstärkt worden sei (act. II 4).

3.2.14 Ergänzend dazu führte Dr. med. C. _____ im Bericht vom 13. September 2023 aus, unter dem Stichwort "Verletzung der plantaren Platte" fände sich praktisch ausschliesslich Literatur zu den Kleinzehen. Zur Grosszehe finde sich eine Turf-Toe-Verletzung, wobei es sich um eine Verstauchung der Bänder an der Unterseite des Grosszehengrundgelenkes handle, die beim Umbiegen der Grosszehe nach oben um mehr als 90° bei

gleichzeitigem Abheben der Ferse vom Boden entstehen könne. Im vorliegenden Fall scheine es zu keiner relevanten Relativbewegung im Grosszehengrundgelenk gekommen zu sein. Dass durch den angegebenen Sachverhalt plantare Strukturen strukturell verletzt worden sein sollten, erscheine bei genauer Betrachtung äusserst fraglich. Entgegen ihrer bisherigen Beurteilung gelange sie damit zum Schluss, dass das Ereignis vom 2. Juli 2022 zu keiner strukturellen Läsion geführt, sondern eine vorbestehende Grosszehengrundgelenksarthrose vorübergehend aktiviert habe. Diese vorübergehende Verschlimmerung sei dann mit Angabe von praktischer Beschwerdefreiheit am 30. November 2022 abgeheilt gewesen (act. II 5).

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; SVR 2022 UV

Nr. 3 S. 8 E. 3.2). 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 Beweiswürdigung 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 mitzuberücksichtigen. 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; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheides vom 23. Februar 2023 (act. IIA 118) auf die Aktenbeurteilungen der Suva-Ärztin Dr. med. C. _____ vom 22. Dezember 2022 (act. IIA 90) und 9. Januar 2023 (act. IIA 97). Diese erfüllen die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen: Deren Stellungnahmen sind umfassend und nachvollziehbar, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis zuverlässiger medizinischer

Vorakten einschliesslich bildgebender Diagnostik erstattet. Dass die Suva-Ärztin keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt hat, ist (entgegen der Beschwerde, S. 4 oben) nicht zu beanstanden, konnte sie sich doch aufgrund der medizinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Untersuchungen ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des Bundesgerichts vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2).

3.4.1 Dr. med. C. _____ legte nachvollziehbar dar, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 2. Juli 2022 und den nach wie vor geklagten (andauernden) Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist (vgl. E. 2.3 hiervor). Der von ihr genannte Vorzustand in Form einer Arthrose im Grosszehengrundgelenk und degenerativer Veränderungen an der LWS (act. IIA 90/2 Ziff. 1.2) ist mittels Bildgebung klar ausgewiesen (act. IIA 34/2, 86 f.). Ihrer zunächst geäusserten Meinung zufolge ist es durch den Unfall zu einer Partialläsion der plantaren Platte an der Grosszehe und einer vorübergehenden Aktivierung der vorbestehenden Arthrose der Grosszehe gekommen; diesbezüglich ging Dr. med. C. _____ nach Abschluss der konservativen Behandlung von einem stabilen Zustand aus (act. IIA 97). In dem zwar erst nach Erlass des Einspracheentscheids verfassten Bericht vom 4. Mai 2023, welcher indes Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt und deshalb vorliegend in die Beurteilung miteinzubeziehen ist (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), präzisierte sie, dass klinisch keine Schwellung, keine Rötung, eine kräftige Aktivierung der Sehnen ohne Schmerzprovokation und eine diskrete Druckdolenz über dem MTP I beschrieben worden seien, weshalb von einer im Wesentlichen abgeheilten Situation im Bereich der rechten Grosszehe ausgegangen werden könne (act. II 2). In Übereinstimmung dazu hielten die behandelnden Ärzte schon früher (7. September 2022) fest, die damals noch bestehenden Restbeschwerden seien als Folge der aktivierten Grosszehengrundgelenksarthrose zu werten, zumal aufgrund der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine ligamentäre Instabilität bei beschriebener Partialruptur der plantaren Platte bestünden (act. IIA 18). Auch anlässlich der Verlaufskontrolle vom 30. November 2022 zeigte sich bezüglich der

Problematik am rechten Fuss ein ordentlicher Verlauf und aus fussorthopädischer Sicht wurde die Arbeitsaufnahme als vertretbar erachtet. Es wurde zwar auf ein "allenfalls" diskret hinkendes Gangbild ohne Gehhilfe und auf eine diskrete Druckdolenz und leichten, endgradigen Bewegungsschmerz über resp. im MTP-I-Gelenk hingewiesen, indessen eine Schwellung und Rötung klar verneint. Dass dennoch eine weitere Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, erfolgte "auf expliziten Wunsch des Beschwerdeführers" und aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik (act. IIA 85). Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass in Bezug auf den rechten Fuss am 30. November 2022 eine abgeheilte Situation mit praktischer Beschwerdefreiheit vorgelegen hat. Auch wenn die Rückenbeschwerden beschwerdeweise nicht wieder vorgebracht werden (vgl. Beschwerde, S. 4 oben), gilt es in Bezug auf diese immerhin festzuhalten, dass PD Dr. med. E._____ auch in der am 1. Februar 2023 durchgeführten Bildgebung keine akuten traumatischen Veränderungen im Bereich der HWS feststellen konnte (act. IIA 114), weshalb ohne weiteres mit Dr. med. C._____ davon auszugehen ist, dass eine Rückenkontusion in der Regel nach drei bis vier Monaten ausheilt (act. IIA 90/2 Ziff. 3.2), sodass auch insoweit die Einstellung der vorübergehenden Leistungen nicht zu beanstanden ist.

3.4.2 Unabhängig davon, ob (wie ursprünglich von Dr. med. C._____ angenommen) nach einer vorübergehenden Aktivierung aufgrund einer traumatischen Partialruptur spätestens per Ende November 2022 wieder ein Status quo sine vel ante erreicht worden ist (vgl. E. 3.4.1 hiervor) oder ob (wie später von ihr in Widerspruch zu ihrer früheren Beurteilung angenommen) eine unfallkausale strukturelle Läsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist (act. II 5), ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. Januar 2023 nicht zu beanstanden, zumal so oder anders in diesem Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine nachgewiesenen unfallkausalen Beschwerden mehr bestanden. Dabei gilt es zu beachten, dass Prof. Dr. med. D._____ in seiner Beurteilung vom 7. September 2023 ausführte, mangels eines Ausgangsbefunds vor dem Trauma – es liegen keine Voruntersuchungen zum Vergleich vor (vgl. act. IIA 34/2) – könne nicht sicher gesagt werden, ob die Partialruptur überhaupt eine Folge der Traumatisierung sei bzw. durch diese verstärkt worden sei oder auf-

grund der Arthrose entstanden sei (act. II 4). Der insoweit fraglichen Kausalität zwischen dem Unfall vom 2. Juli 2022 und den über den 31. Januar 2023 hinaus geltend gemachten Einschränkungen kommt nach dem Gesagten indes keine entscheidende Bedeutung zu, sodass sich Weiterungen dazu erübrigen.

3.4.3 Der Beschwerdeführer begründete die persistierenden Beschwerden erstmals in der Beschwerde vom 24. März 2023 mit einer möglichen Plantarfasziitis, wobei die Plantarfaszie bedingt durch die unfallkausale Behandlung verkürzt und damit therapiebedürftig sei, und der möglichen Entwicklung eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) im Zusammenhang mit dem Unfall. Dies dokumentierte er mit damals aktuellen, erst nach Erlass des Einspracheentscheids ergangenen Untersuchungsberichten (act. I 3 ff.). Mit den von der Beschwerdegegnerin hierauf *lite pendente* getätigten medizinischen Abklärungen (act. II 2 ff.) entgegnete sie lediglich den vom Beschwerdeführer selbst ins Recht gelegten neuen Berichten der behandelnden Ärzte. Das Einholen derartiger punktueller Ergänzungen des beratenden Arztes während des Beschwerdeverfahrens sind durchaus zulässig (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 19. August 2020, 8C_441/2020, E. 3.2.1).

Abgesehen davon, dass es sich bei der Plantarfasziitis und dem CRPS um blossen Verdachtsdiagnosen handelt, die darüber hinaus von der Suva-Ärztin als in keiner Weise gesichert befunden werden (act. II 2), erscheint eine Unfallkausalität insbesondere mit Blick auf das zeitliche Auftreten acht Monate nach dem Trauma als höchst unwahrscheinlich (vgl. act. II 2). Für die Annahme eines unfallbedingten CRPS ist praxismässig erforderlich, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (vgl. Entscheide des BGer vom 27. März 2018, 8C_673/2017, E. 5, vom 9. Oktober 2013, 8C_233/2013, E. 6.2, sowie vom 5. Januar 2010, 8C_384/2009, E. 4.2.1 [SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69]; siehe auch PSCHYREMBEL, *Klinisches Wörterbuch*, 267. Aufl. 2017, S. 1623 f.); weder dem Bericht des Dr. med. H. _____ vom 23. März 2023 (act. I 4) noch den anderen echtzeitlichen Akten ist zu ent-

nehmen, dass entsprechende Symptome, auch ohne Nennung des Terminus "CRPS", bereits innert der fraglichen Frist vorgelegen hätten. Ein auf den Unfall vom 2. Juli 2022 zurückzuführendes CRPS ist damit nicht erstellt. Auch die Verdachtsdiagnose einer Plantarfasziitis wurde erstmals im Bericht vom 22. März 2023 gestellt, dies unter Hinweis auf eine funktionell bedingte Verkürzung der Plantarfaszie sowie der Wadenmuskulatur (act. I 3/2). Entgegen der damaligen Annahme wurden dann aber im MRI vom 26. Juni 2023 die Achillessehne und die Plantarfaszie als unauffällig beschrieben (act. I 5). Folglich vermögen auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens durch den Beschwerdeführer eingereichten neuen medizinischen Unterlagen und die in der Folge veranlassten erneuten versicherungsmedizinischen Beurteilungen nichts daran zu ändern, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 2. Juli 2022 und den nach wie vor geklagten Fusschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Wie bereits in E. 3.4.1 hiervor ausgeführt, ist entsprechend den übereinstimmenden Einschätzungen der Suva-Ärztin (vgl. auch act. II 5/4 unten) und der behandelnden Ärzte vielmehr von einer per 30. November 2022 im Wesentlichen abgeheilten Situation mit praktischer Beschwerdefreiheit im Bereich der rechten Grosszehe auszugehen.

3.5 Der Sachverhalt ist somit rechtsgenügend abgeklärt und weitere Beweismassnahmen erübrigen sich (vgl. zur antizipierten Beweiswürdigung BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Gestützt darauf lehnte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht über den 31. Januar 2023 hinaus zu Recht ab.

4.

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Februar 2023 (act. IIA 118) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Die Kammerpräsidentin:

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.