



**SV 20 16**

**Entscheid vom 14. Dezember 2020  
Sozialversicherungsabteilung**

**Besetzung**

Vizepräsidentin Barbara Brodmann, Vorsitz,  
Verwaltungsrichterin Dr. med. Carole Bodenmüller,  
Verwaltungsrichter Pascal Ruch,  
Gerichtsschreiber Marius Tongendorff.

**Verfahrensbeteiligte**

A.\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

gegen

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),**  
Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

**Beschwerdegegnerin.**

**Gegenstand**

**Leistungen Unfallversicherung**

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva vom  
18. Mai 2020.

**Sachverhalt:****A.**

Der 1976 geborene A.\_\_\_\_ (Versicherter/Beschwerdeführer) ist seit 2010 als B.\_\_\_\_ bei der C.\_\_\_\_ AG beschäftigt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert. Laut Bagatellunfall-Meldung UVG hat er am 31. März 2019 beim Wandern/Spazieren das linke Sprunggelenk auf Treppenstufen übertreten und das Aussenband abgerissen (Suva-act. 1). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Suva-act. 3).

Mit Verfügung vom 19. November 2019 teilte die Suva dem Versicherten mit, die heutigen Beschwerden seien gemäss Kreisarzt nicht mehr unfallbedingt. Der Fall werde daher per 15. Dezember 2019 abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt. Für die geplante Operation könne sie daher nicht mehr aufkommen (Suva-act. 31).

Die hiergegen erhobene Einsprache vom 18. Dezember 2019 wies die Suva mit Entscheid vom 18. Mai 2020 ab (Suva-act. 45).

**B.**

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Juni 2020 Beschwerde (die zur Verbesserung retourniert und am 25. Juni 2020 erneut eingereicht wurde) und beantragte die Übernahme der Kosten für die Operation und deren noch unbezifferbaren Nachfolgekosten durch die Suva.

**C.**

Mit Beschwerdeantwort vom 18. August 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde bzw. Bestätigung des Einspracheentscheids vom 18. Mai 2020.

**D.**

Mit Replik vom 30. August 2020 bzw. Duplik vom 11. September 2020 erneuerten die Parteien ihre Anträge.

**E.**

Die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden hat die vorliegende Streitsache anlässlich ihrer Sitzung vom 14. Dezember 2020 abschliessend beraten und beurteilt. Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und in den Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den Erwägungen eingegangen.

**Erwägungen:****1**

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid der Suva vom 11. Mai 2020. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG (SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen diesen Entscheid Beschwerde beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz in Oberdorf NW, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig für die Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts, welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 GerG i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [Gerichtsgesetz; NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat des angefochtenen Entscheides berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG).

**2.****2.1**

Die Suva stützte sich im angefochtenen Entscheid auf die versicherungsmedizinische Beurteilung des Kreisarztes, wonach das Ereignis überwiegend wahrscheinlich zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt hat. Unter Berücksichtigung der Vorschädigung und des angeborenen Befundes der Coalitio calcaneonavicularis hätten die Unfallfolgen nach der Distorsion vom 31. März 2019 nach etwa acht Wochen überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr gespielt.

## 2.2

Der Beschwerdeführer macht in der Beschwerde geltend, er habe 1993 und 1998 bei massiven Distorsionstraumata die Aussenbänder des linken Sprunggelenks rupturiert und sei beide Male operativ behandelt worden. Danach habe er trotz sehr hoher sportlicher Aktivität keinerlei Probleme gehabt. Das Distorsionstrauma vom 31. März 2019 habe eine erneute Aussenbandruptur zur Folge gehabt. Trotz ausgedehnter Physiotherapie sei eine erhebliche subjektive und objektive Instabilität im Sprunggelenk verblieben, so dass er im normalen Alltag und selbst in Wanderschuhen umgeknickt sei. Das MRI vom 21. Oktober 2019 habe den Verdacht einer Läsion des Ligamentum bifurcatum nicht bestätigt, sondern lediglich den Verdacht auf eine fibröse calcaneonavicular Coalitio, mithin eine frühkindliche Fehlbildung, die laut Facharzt zur Instabilität im Sprunggelenk passe. Er teile diese Meinung jedoch nicht, da er trotz hoher sportlicher Aktivität nie Stabilitätsprobleme im Sprunggelenk gehabt habe und die Aussenbandrupturen stets durch massive Distorsionstraumata verursacht worden seien. Laut Literatur verbleibe bei 20-40% der mit einem konservativen Ansatz behandelten Bänderrissen eine chronische Instabilität im Sprunggelenk. Der im November 2019 konsultierte Dr. med. D.\_\_\_\_ führe die Instabilität auf das Distorsionsereignis vom März 2019 zurück und schlage eine operative Rekonstruktion vor. Diese Auffassung teile der im Dezember 2019 konsultierte Prof. Valderrabano. Im Mai 2020 sei er von Dr. med. D.\_\_\_\_ operiert worden. Der Arzt habe festgestellt, dass bei den vormaligen Operationen keine Bandrekonstruktion im eigentlichen Sinne, sondern bloss eine Naht des Retinakulums stattgefunden habe. Aufgrund der trotz hoher sportlicher Aktivität mehr als zwanzigjährigen Beschwerdefreiheit gebe es für den Arzt keinen unfallfremden Vorzustand. Das Distorsionstrauma vom März 2019 sei ein neues Ereignis und die danach beobachtete Rotationsinstabilität auf die unvollständige Heilung durch den konservativen Ansatz zurückzuführen.

## 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Suva gestützt auf die vorliegenden Unterlagen zu Recht ihre Leistungspflicht per 15. Dezember 2019 eingestellt hat.

### **3.**

#### **3.1**

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG gewährt die Unfallversicherung einer versicherten Person bei Berufs- unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 10 ff. UVG, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

#### **3.2**

##### **3.2.1**

Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkau- salität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheits- schäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammen- hängen (BGE 134 V 109 E. 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 Kausalzusammen- hangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache einer gesund- heitlichen Störung ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Be- dingungen, die körperliche und geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetre- tene gesundheitliche Störung entfiere (*conditio sine qua non*; vgl. u.a. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die natürliche Kausalität ist dabei anhand von Arztberichten festzustellen.

##### **3.2.2**

Die adäquate Kausalität dient der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kau- salzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Die Adäquanz spielt im Be- reich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen, wie vorliegend kaum eine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 140 V 356 E. 3.2).

### **3.3**

#### **3.3.1**

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

#### **3.3.2**

Ist die Unfallkausalität mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des (verbleibenden) Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist. 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen. Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinischerseits fest, dass weder der status quo sine noch der status quo ante je wieder erreicht werden können, so handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine «richtunggebende Verschlimmerung» (Urteil des Bundesgerichts 8C\_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2).

### **3.4**

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen, die von Ärzten und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu

stellen sind. Aufgabe des Arztes ist es dabei, die für den Entscheid wesentlichen medizinischen Grundlagen darzulegen und seine medizinische Einschätzung zu bestimmten Tatsachen anzugeben (BGE 134 V 231 E. 5.1; 122 V 157 E. 1b mit Hinweisen). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **3.5**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte 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). Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen sind: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 139 V 225 E. 5.2).

## **4.**

### **4.1**

Im Zentrum der medizinischen Aktenlage stehen einerseits die versicherungsmedizinische Beurteilung der Suva und andererseits die Einschätzung des behandelnden Fusschirurgen. Sie präsentiert sich insgesamt wie folgt:

### **4.2**

In der Bagatellunfall-Meldung UVG vom 2. April 2019 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer am 31. März 2019 auf einer Treppenstufe das linke Sprunggelenk übertreten und das Aussenband abgerissen habe (Suva-act. 1).

Der Kurzbericht der erstkonsultierten Notfallstation des Kantonsspitals X.\_\_\_\_ vom 2. April 2019 hält als Diagnosen fest (bf. Bel 10):

V.a. ossäre Avulsion des Lig. fibulotalare anterius OSG links am 31.03.2019 bei

- OSG-Supinationstrauma beim Spazierengehen
- St. n. 2maliger lateraler Bandrekonstruktion 1993 und 1998, anamnestisch erhoben

Es zeige sich klinisch wie radiologisch der Verdacht einer knöchernen Bandruptur. Man empfehle eine Ruhigstellung im Softcast Stiefel für 6 Wochen.

#### **4.3**

Der Radiologe des Kantonsspitals X. \_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 17. Oktober 2019 (Befund erstellt am 1. April 2019) fest: «Unter Berücksichtigung des akuten stattgehabten OSG-Distorsionstrauma möglicher knöcherner Ausriss tibio-fibular DD auch ältere Genese zu diskutieren (Klinik?). In Abhängigkeit von den klinischen Beschwerden ergänzendes MRI des OSG angeraten» (Suva-act. 8).

#### **4.4**

Die Klinik für Orthopädie/Traumatologie des Kantonsspitals X.\_\_\_\_ vermerkte in ihrem Sprechstundenbericht vom 9. Mai 2019 (Suva-act. 17) die Diagnosen:

- V.a. ossäre Avulsion des Ligamentum fibulotalare anterius OSG links vom 31. März 2019
- St. n. 2-maliger lateraler Bandrekonstruktion 1993 und 1998

Der Patient habe bis dato den Schaftstiefel getragen, sei mit dem Resultat zufrieden und praktisch beschwerdefrei. Der Verlauf sei regelrecht; es seien keine festen Nachkontrollen geplant.

#### **4.5**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialist für Fusschirurgie, hielt in seinem Konsultationsbericht vom 22. Oktober 2019 als Verdachtsdiagnose «Läsion des Ligamentum bifurcatum mit Instabilität der Chopartschen Gelenklinie links» fest (Suva-act. 15).

Das veranlasste MRT Mittel- und Rückfuss nativ vom 23. Oktober 2019 (Suva-act. 16) ergab den Befund: «Normales Signalverhalten der ossären Strukturen ohne Überlastungszeichen oder Ödemzonen. Processus anterior des Calcaneus [Fersenbein] etwas verlängert, spitz zulaufend und in sehr nahem Kontakt zum Os naviculare [Kahnbein]. Unteres und oberes Sprunggelenk normal. Kein Erguss. Lig. bifurcatum normal abgrenzbar und intakt. Tibiospring-Ligament eher schmal kalibrig aber durchgehend sichtbar. Deltabandkomplex und laterale

Bänder unauffällig. Sehr kräftiges calcaneofibuläres Ligament. Die Peroneus-, Tibialis anterior- und posterior Sehnen sowie Flexor- und Extensorsehnen normal. Achillessehne und Plantaraponeurose unauffällig». Der Radiologe Dr. med. F. \_\_\_ beurteilte den Befund wie folgt:

- Normale Darstellung des Lig. bifurcatum
- Als Nebenbefund Verdacht auf fibröse calcaneonaviculare Coalition links.

#### 4.6

In seinem Konsultationsbericht vom 31. Oktober 2019 hält der Fusschirurg E. \_\_\_ fest, der Radiologe schliesse eine Verletzung des Ligament bifurcatum aus, habe jedoch eine fibröse calcaneo-naviculare Coalitio links festgestellt, welche hervorragend zur Klinik passe. Eine symptomatische Coalitio bessere sich nicht auf konservativem Wege, sodass sich aufgrund des Leidensdrucks des Patienten eine Operation anbiete. Technisch dränge sich eine Arthrodese des Sprunggelenks auf (Suva-act. 27).

#### 4.7

Der am 6. November 2019 konsultierte Fusschirurg Dr. med. D. \_\_\_, Directeur médical der Clinique Y. \_\_\_ in Lausanne, notierte in seinem französisch verfassten Konsultationsbericht vom 7. November 2019 die Diagnosen (Suva-act. 23):

- Subjektive und objektive posttraumatische chronische Instabilität des linken Knöchels
- Status nach schwerer Verstauchung des linken Knöchels im März 2019
- Status nach plastischer Operation oder Bandrekonstruktion des rechten Sprunggelenks im Jahr 1998

Der Patient klagt über ein subjektives Instabilitätsgefühl im linken Knöchel, insbesondere bei längeren Anstrengungen in den Bergen auf unwegsamem Gelände. Der Patient habe keine Schmerzen im linken Knöchel und kein Gefühl der Instabilität im Alltag. Diese Instabilität habe sich nach einer schweren Knöchelverstauchung im März 2019 entwickelt. Die Verstauchung sei konservativ mit Softcase und temporärer Stockentlastung behandelt worden. Trotz adäquater krankengymnastischer Behandlung sei das Instabilitätsgefühl bestehen geblieben und für den Patienten zunehmend unangenehm geworden. Eine MRT-Untersuchung zeige eine relativ große Menge an Narbengewebe im ligament péronéo-calcaneé (Lig. calcaneo-fibulare), aber auch eine partielle calcaneonaviculare Coalition. Es sei zu beachten, dass der Patient auf dieser Seite völlig asymptomatisch gewesen sei. Auch auf dem MRT-Scan gab es keine Anzeichen für eine Reizung dieser Coalitio.

In der klinischen Untersuchung habe sich u.a. eine laterale Bandinstabilität aufgrund einer péronéo-calcanealen (calcaneo-fibulare) Bandinsuffizienz mit einer Zunahme des lateralen

Offsets und einer Zunahme der antero-posterioren Schublade, auch aufgrund einer Insuffizienz des vorderen ligament péronéo-astragalien (Lig. fibulotalare anterius) gezeigt (...).

Unter dem Titel Beurteilung und Behandlungsvorschläge hält der Chirurg fest, der Patient präsentiere eine subjektive und objektive posttraumatische chronische Instabilität bei einer Insuffizienz des ligament péronéo-calcanéen (Lig. calcaneo-fibulare) und ligament péronéo-astragalien (Lig. fibulotalare anterius) des linken Knöchels als Folge einer schweren Verstauchung des linken Knöchels im März 2019. Bei intensiveren Aktivitäten in den Bergen sei der Patient trotz des Tragens von hohen Bergstiefeln meist eingeschränkt. Man habe noch einmal die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten diskutiert. Grundsätzlich sollte aufgrund der anhaltenden Schmerzen und des Instabilitätsgefühls bei einem Seitenbanddefekt eine neue Rekonstruktion des Seitenbandsystems vorgeschlagen werden. Im Prinzip sei der Patient mit diesem Vorschlag einverstanden und werde direkt an unser Sekretariat verwiesen, um einen Termin für die Operation festzulegen, wahrscheinlich im Jahr 2020. In der Zwischenzeit empfehle er dem Patienten, mit den Übungen fortzufahren und die Belastungen an den Alltag anzupassen.

#### **4.8**

Der Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 15. November 2019 fest, das Ereignis vom 31. März 2019 habe überwiegend wahrscheinlich zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, die objektivierbar wären. Im MRI seien keine neuen Bandläsionen zu erkennen. Der Befund der Coalitio calcaneonavicularis sei angeboren und eindeutig nicht unfallkausal. Unter Berücksichtigung der Vorschädigung und des angeborenen Befundes der Coalitio würden die Unfallfolgen nach der Distorsion nach etwa acht Wochen überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr spielen (Suva-act. 30).

#### **4.9**

Der am 29. November 2019 konsultierte Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_, Leiter der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie der Z.\_\_\_\_ AG, meldete in seinem Sprechstundenbericht vom 5. Dezember 2019 die Diagnosen (Suva-act. 43):

Posttraumatische Rotationsinstabilität OSG links

- St. n. Supinationstrauma OSG links am 31.3.2019
- St. n. lateraler OSG-Bandplastik 1993
- St. n. lateraler OSG-Bandplastik 1998

Asymmetrischer Pes planovalgus links > rechts

Asymptomatische fibröse Coalitio calcaneonavicularis links

Das konventionelle Röntgen habe keinen Anhalt für ossäre oder eine höhergradige degenerative Veränderungen gezeigt. Das MRI vom 10/2019 zeige eine Läsion des LFTA (Lig. fibulolare anterius), weiterhin eine Signalerhöhung Ligamentum deltoideum und dünnkalibriges Tibiospring-Ligament, sowie nebenbefundlich eine calcaneonavicularis Koalition. Man sehe insbesondere klinisch eine Rotationsinstabilität OSG links, welche auf das stattgehabte Distorsionsereignis zurückzuführen sei.

#### **4.10**

Am 5. Mai 2020 erfolgte eine operative Rekonstruktion des Lig. péronéo-calcanéen (Lig. calcaneo-fibulare). Im französisch abgefassten Operationsbericht vom 7. Mai 2020 hielt der Operateur D. \_\_\_ u.a. fest (Suva-act. 51):

Der Patient stellt sich mit chronischen Schmerzen im linken Knöchel und subjektiver und objektiver lateraler Instabilität nach einer schweren Verstauchung des linken Knöchels im März 2019 vor. Trotz adäquater konservativer Behandlung persistieren die Schmerzen und Beschwerden bei wiederholten Verstauchungen seit diesem Ersttrauma auch auf normalen Oberflächen. Trotz adäquater konservativer Behandlung in Form von Physiotherapie Persistenz der Symptomatik mit überwiegend objektiver Instabilität (vermehrtes seitliches «bâillement») bei Insuffizienz du ligament péronéo-calcanéen [Lig. calcaneo-fibulare]). Zu beachten ist, dass der Patient bereits 1993 und 1998 auf Höhe des Außenbandapparates eine Bandnaht erhalten hatte (je nach Ansatz wahrscheinlich Retinaculumnaht). Der Patient war seit diesen Ereignissen bis zu dieser erneuten Knöchelverstauchung im März 2019 völlig asymptomatisch. Es ist anzumerken, dass die nach diesem Trauma durchgeführte MRT-Untersuchung eine calcaneonavicularis Coalition zeigte, die jedoch völlig asymptomatisch ist. Aufgrund der posttraumatischen Bandinsuffizienz und der vom Patienten geschilderten Symptomatik entscheiden wir uns für eine chirurgische Behandlung durch Rekonstruktion des Lig. péronéo-calcanéen (Lig. calcaneo-fibulare). Der Patient ist mit diesem Vorschlag einverstanden. Die Zustimmung ist unterschrieben. [...]

Darstellung des Lig. péronéo-calcanéen (Lig. calcaneo-fibulare) mit Ablösung am distalen Ende der Fibula mit Narbenbildung im Bereich des Sprungbeins in leicht hypertrophem Faserewebe, wahrscheinlich aufgrund der Eingriffe 1993 und 1998. Fotografische Dokumentation. Das Band wird auf dieser Ebene proximal eingesetzt, wobei darauf geachtet wird, dass die Ansatzstelle am Fersenbein erhalten bleibt. Die Spitze des Aussenknöchels wird bis zum Anschlag vorgeschoben.

#### **4.11**

In seiner deutsch verfassten Stellungnahme an die Suva vom 19. Mai 2020 (Suva-act. 57) meinte der Fusschirurg D.\_\_\_\_, die Diagnose der posttraumatischen OSG-Bandinstabilität sei vor allem eine klinische Diagnose. Hätte der Kreisarzt den Versicherten untersucht, hätte auch er festgestellt, dass die zwei Voroperationen am OSG 1993 und 1998 eine typische Naht des Retinaculum (Halteband) im Bereich des lateralen Malleolus (Aussenknöchels) waren und keine echten Bandrekonstruktionen. Das sei klar an der Lokalisation der Zugänge zu sehen. Es gebe auch keine Bandrekonstruktion im Bereich des unteren Sprunggelenks, wie im Bericht vom 15. November 2019 festgehalten. Man wisse, dass dazumal viele OSG-Verstauchungen operativ angegangen worden seien. Es seien eher direkte Nähte im Bereich des Retinaculum als echte Nähte der Bänder und meist überflüssige Operationen gewesen. In den letzten Jahren würden die meisten OSG-Distorsionen konservativ behandelt. Es gebe aber Fälle wie jene des Versicherten, wo der Bandapparat lateral trotz adäquater konservativer Behandlung nicht richtig heile und der Patient eine typische subjektive und auch objektive Bandinstabilität entwickle. In diesem Fall habe er intraoperativ die Insuffizienz des lateralen Bandapparates feststellen und dokumentieren können. Der proximale Ansatz des Ligamentum talo-fibulare anterius und calcaneo-fibulare seien nicht mehr an der Spitze des lateralen Malleolus fixiert gewesen, aber im Bereich der Gelenkkapsel des unteren Sprunggelenks, wie man es typischerweise nach solchen Verletzungen sehe. Der proximale Ansatz der lateralen Bänder sei wieder anatomisch an der Spitze des lateralen Malleolus mittels zwei Mitek-Ankern refixiert und mit einem Periostlappen verstärkt worden.

Der Versicherte habe im März 2019 eine typische OSG-Distorsion links mit forcierter Supination gehabt. Der Unfallmechanismus habe zu einer Verletzung des lateralen Bandapparates (eindeutig strukturelle Läsion) geführt. Trotz adäquater Behandlung habe der Patient eine chronische subjektive und objektive Bandinstabilität mit Insuffizienz des lateralen Bandapparates entwickelt. Die Operationen von 1993 und 1998 seien keine Bandrekonstruktionen gewesen, sondern wie damals durchgeführt, eine Naht des Retinaculum. Die Verletzung vom

März 2019 sei ein neues Ereignis, bei dem die Unfallkausalität überwiegend wahrscheinlich bewiesen sei. Die beschriebene calcaneo-navikuläre Coalitio sei ein Zufallsbefund und nie symptomatisch gewesen. Es sei nicht ersichtlich aufgrund welcher Kriterien eine Abheilung der Unfallfolgen nach acht Wochen angenommen werde.

#### **4.12**

Der Kreisarzt G.\_\_\_ hielt am 27. Mai 2020 auf Vorlage der Stellungnahme des Fusschirurgen D.\_\_\_ und dessen Operationsberichts u.a. fest, es gebe keine Berichte von Dr. med. D.\_\_\_ vor 5/2020 und die angebliche Dokumentation der Instabilität fehle. Die Behauptung von D.\_\_\_, dass nur das Retinaculum genäht worden sei könne nicht stimmen, da die zerrissenen Bänder nach Durchtrennung der Haut und des subcutanen Gewebes sofort zum Vorschein gekommen seien, da die Gelenkscapsel ebenfalls zerrissen gewesen sei. Es seien die entsprechenden Berichte zu beschaffen und Dr. med. D.\_\_\_ solle belegen, wie die Instabilität dokumentiert sei (z.B. gehaltene Aufnahme unter dem Bildwandler). Beim Versicherten sei zu erfragen, wo er 1993 und 1998 operiert worden sei (Suva-act. 58).

#### **4.13**

In der Folge wurden medizinische Unterlagen (u.a. Operationsbericht) aus dem Jahre 1993 bei der W.\_\_\_klinik eingeholt. Dieser berichtete von einer operativen Versorgung (Bandnaht) des intraligamentär gerissenen Lig. fibulotalare anterius und des ebenfalls intraligamentär teilweise gerissenen Lig. fibulocalcaneare (Suva-act. 70).

#### **4.14**

Der Fusschirurg D.\_\_\_ notierte in seinem französisch verfassten Konsultationsbericht vom 18. Juni 2020 die Diagnosen:

- Chronische posttraumatische Instabilität des linken Sprunggelenks mit peroneal-calcanealer Bandinsuffizienz linkes Sprunggelenk
- Status nach schwerer Verstauchung des linken Knöchels im März 2019
- Asymptomatische calcaneo-navikuläre Coalitio
- Status nach Außenbandnaht im linken Sprunggelenk (wahrscheinlich Naht im Extensor Retinaculum) 1993 und 1998
- Status nach Rekonstruktion des peroneo-calcanearen Bandes in modifizierter Broström-Technik am linken Sprunggelenk am 5. Mai 2020

Der Verlauf sei etwa 6 Wochen postoperativ nach dieser Bandrekonstruktion des linken Sprunggelenks im Rahmen dieser chronischen posttraumatischen Instabilität günstig (Suva-act. 75).

#### **4.15**

Nach Vorlage der neuen Unterlagen (u.a. Operationsbericht) von 1993 (jene von 1998 waren nicht mehr beschaffbar) sowie dem Konsultationsbericht vom 18. Juni 2020, bestätigte der Kreisarzt am 8. Juli 2020 seine Beurteilung vom 15. November 2019. Gemäss dem vorliegenden Operationsbericht von 10. Dezember 1993 sei damals nicht bloss das Retinaculum genäht worden, sondern auch die zwei beschriebenen Bandteile und der Durchgangsarztbericht vom 8. Dezember 1993 dokumentiere eine Instabilität. Die 1993 dokumentierten radiologischen Zeichen und der Operationsbericht würden eine bereits 1993 bestehende Instabilität des linken OSG belegen (Suva-act. 84).

### **5.**

#### **5.1**

Die kreisärztliche Beurteilung ist widersprüchlich. Einerseits stellt sich der Kreisarzt auf den Standpunkt, dass das Unfallereignis zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe, die objektivierbar wären. Im MRI seien keine neuen Bandläsionen zu erkennen (vgl. E. 4.1.8). Andererseits notierte er am 27. Mai 2020, die Behauptung von D. \_\_\_, es sei nur das Retinaculum genäht worden sei nicht korrekt, da die zerrissenen Bänder nach Durchtrennung der Haut und des subcutanen Gewebes sofort zum Vorschein gekommen seien, weil die Gelenkscapsel ebenfalls zerrissen gewesen sei. Das beim Operateur avisierte Bildmaterial ist nicht aktenkundig und wurde bei der abschliessenden Beurteilung offenbar nicht mitberücksichtigt (vgl. E. 4.16 und Suva -act. 60 ff.). Insofern ergeben sich zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass die Aktenlage keine zuverlässige Beurteilung der Frage zulässt, ob eine unfallbedingte Verletzung bzw. Bandinstabilität vorlag. Zu berücksichtigen ist jedenfalls, dass die Operationsindikation wegen einer Instabilität gestellt wurde.

## 5.2

Schliesslich ist daran zu erinnern, dass nach der Rechtsprechung zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG eine schadensauslösende traumatische Einwirkung selbst dann leistungsbegründend wirkt, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung («conditio sine qua non») darstellte.

Hinsichtlich der Übernahme der Operationskosten durch die Unfallversicherung ist also entscheidend, ob eine zuvor latente Operationsindikation durch die unfallbedingte Aktivierung des Vorzustands zur akuten geworden ist, der Zeitpunkt des (früher oder später vielleicht ohnehin notwendig gewordenen) Eingriffs mit anderen Worten durch das versicherte Trauma bestimmt wurde, *oder* aber ob der Operationsbedarf lediglich bei Gelegenheit der unfallbedingten kurativen und diagnostischen Handlungen entdeckt wurde, ohne dass auch nur der Zeitpunkt des Eingriffs einen inneren Zusammenhang mit dem Unfall aufwies (ANDREAS TRAUB, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 5/2009, S. 479 ff.).

War die Operation somit trotz des Vorzustandes infolge der am 31. März 2019 erlittenen Distorsion früher notwendig geworden, als dies ohne das Unfallereignis der Fall gewesen wäre, so trifft die Unfallversicherung im Zusammenhang mit den Operations- und den Folgekosten wie auch mit der sich daraus ergebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine Leistungspflicht. Denn schafft der Vorzustand eine erst latente Schadensneigung, entspricht er lediglich einer Teilursache. Entsprechend hätte die Suva auch bei einem Vorzustand Versicherungsleistungen zu erbringen, bis mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. E. 3.3.2 hiervor).

## 6.

Den obigen Ausführungen zufolge ist die Beschwerde gutzuheissen und es ist der Einspracheentscheid vom 18. Mai 2020 aufzuheben. Die Sache zur Klärung der sich stellenden Fragen an die Unfallversicherung zurückzuweisen. Da zufolge zumindest geringer Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes auf seine Beurteilung der natürlichen Kausalität nicht abgestellt

werden kann, wird die Suva eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung zu veranlassen und hernach gestützt darauf bezüglich ihrer eventuellen weiteren Leistungspflicht über den 15. Dezember 2019 hinaus neu zu verfügen haben.

**7.**

Es sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist antragsgemäss eine Umtriebsentschädigung von Fr. 200.– zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

**Demgemäss erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 18. Mai 2020 aufgehoben und die Sache zur Klärung des Sachverhaltes bzw. zur Neu Beurteilung einer Leistungspflicht ab dem 15. Dezember 2019 an die Suva zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Umtriebsentschädigung von Fr. 200.– zu bezahlen.
4. Zustellung dieses Entscheids an:

Stans, 14. Dezember 2020

**VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN**

**Sozialversicherungsabteilung**

Die Vizepräsidentin

lic. iur. Barbara Brodmann

Der Gerichtsschreiber

Dr. iur. Marius Tongendorff

Versand: \_\_\_\_\_

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG; SR 173.110). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.