



Fall-Nr.: UV 2010/88
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 31.03.2020
Entscheiddatum: 19.09.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 19.09.2011

Art. 6 Abs. 1 und 3 UVG; Art. 11 UVV: Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ist eine Verneinung von Unfallrestfolgen im Rahmen des Rückfalls bzw. die Annahme der Heilung der Folgen einer unfallbedingt erfolgten Fussoperation nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. September 2011, UV 2010/88).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 19. September 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

Helsana Unfall AG, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ war als kaufmännische Angestellte bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 1. April 2007 barfuss mit dem linken Fuss gegen eine am Boden liegende Eisenleiter stiess (act. G5.1/K1). Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, bestätigte im Arztzeugnis vom 15. Februar 2008 eine einmalige Konsultation der Versicherten am 15. Mai 2007 und die Weiterbehandlung durch Dr. med. D.____, Orthopädie am Rosenberg. Ob eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei nicht bekannt (act. G5.2/M7). Anlässlich der Untersuchung durch Dr. D.____ am 30. Mai 2007 gab die Versicherte an, die Schmerzen hätten nach dem Unfall im Bereich des II. und III. Strahls links zugenommen. Danach habe sie allerdings wieder recht gut gehen können. Die II. und III. Zehe seien jedoch zwischenzeitlich immer wieder etwas "eingeschlafen". Der Barfussgang sei deutlich erschwert gewesen, indem das Abrollen über den linken Vorfuss praktisch unmöglich gewesen sei. Zudem habe sich eine relativ harte Vorwölbung dorsal im Fussbereich zwischen dem II. und III. MTP bemerkbar gemacht. Laut Untersuchungsbericht von Dr. D.____ vom 1. Juni 2007 waren auf den mitgebrachten Röntgenbildern des Vorfusses keine durchgemachten Frakturen oder ähnliches sichtbar, jedoch die bekannte Spreizfusskomponente und ein Hallux valgus. Dr. D.____ stellte die Diagnose einer unklaren Schmerzsymptomatik Vorfuss links bei durchgemachter Kontusion plantar MTP II/III links am 1. April 2007 und die Differentialdiagnosen einer durchgemachten Kapsel-Bandläsion bzw. Partilläsion der Plantarflexorsehnen unter Mitbeteiligung des Digitalnerven (act. G 5.2/M1). Eine MRI-Untersuchung vom 6. Juni 2007 zeigte laut Bericht von Dr. D.____ vom 3. Dezember 2007 eine Weichteilraumforderung eher plantar intermetatarsal II/III sowie auch intermetatarsal III/IV. Am ehesten handle es sich um eine Kombination einer hypertrophen posttraumatischen Weichteilnarbenknotenveränderung kombiniert mit einem Morton-Neurom. Durch eine Infiltration habe die Symptomatik zum Teil verbessert werden können, die belastungsabhängigen Beschwerden interdigital II und III, insbesondere auch die Hypästhesie und eine Art "Schweregefühl", persistierten jedoch (act. G 5.2/M5). Am 29. Februar 2008 nahm der Vertrauensarzt der Helsana, Dr. med. E.____, Praktischer Arzt FMH, mit Fähigkeitsausweisen für manuelle Medizin und als Vertrauensarzt, zur Frage Stellung, ob der Unfallmechanismus vom 1. April 2007 aus medizinischer Sicht geeignet sei, die erhobenen Befunde/Diagnosen auszulösen



St.Galler Gerichte

(act. G 5.2/M9). Am 22. April 2008 wurde die Versicherte durch Dr. med. F.____, Orthopädie am Rosenberg, operiert und die Diagnose eines grossen Morton-Neuroms im Bereich einer entzündlichen Bursa-Veränderung (altes Hämatom) intermetatarsal II/III links bestätigt. Das Morton-Neurom wurde exzidiert (act. G 5.2/M10, M11). Am 6. Juni 2008 wurde die Behandlung bei Dr. F.____ abgeschlossen (act. G 5.2/M13).

A.b Am 1. Oktober und 19. November 2008 wurde die Versicherte erneut durch Dr. F.____ untersucht, wobei sie angab, seit der Operation nie beschwerdefrei gewesen zu sein (act. G 5.2/14, 15, 16).

A.c Am 5. Mai 2009 unterbreitete die Helsana den Schadenfall Dr. E.____, der den Status quo ante als längstens erreicht bezeichnete (act. G 5.2/M 17). Gestützt auf diese Beurteilung eröffnete die Helsana der Versicherten mit Verfügung vom 19. Mai 2009, dass die Versicherungsleistungen per sofort eingestellt würden, weil Heilbehandlungen nach diesem Datum nicht mehr mit dem Unfallereignis vom 1. April 2007 in Zusammenhang stünden (act. G 5.1/K15).

B.

B.a Am 11. Mai 2010 meldete die Versicherte einen Rückfall zum Unfall vom 1. April 2007 an (act. G 5.1/K17), worauf am 19. Mai und 28. Juli 2010 Untersuchungen durch Dr. med. G.____, Orthopädie am Rosenberg (act. G 5.2/M18), und am 9. Juli 2010 eine konsiliarische Beurteilung durch Dr. med. H.____, Neurologie FMH, (act. G 5.2/M19), folgten. Nachdem Dr. G.____ eine Pathologie im Tarsaltunnel am 19. Mai 2010 noch ausgeschlossen hatte, diagnostizierte Dr. H.____ ein posttraumatisches Tarsaltunnelsyndrom.

B.b Am 19. August 2010 verfasste Dr. E.____ eine vertrauensärztliche Beurteilung zur Frage, ob es sich bei den jetzigen Beschwerden um einen Rückfall bzw. eine Spätfolge zum Unfallereignis vom 1. April 2007 handle bzw. ob die aktuell erhobene Diagnose eines Tarsaltunnelsyndroms in einem zumindest teilweisen natürlichen Kausalzusammenhang zum vorgenannten Unfallereignis stehe (act. G 5.2/M20).

B.c Mit Verfügung vom 6. September 2010 eröffnete die Helsana der Versicherten, dass die Rückfallkausalität der am 11. Mai 2010 mitgeteilten Beschwerden zum



Ereignis vom 1. April 2007 aufgrund der medizinischen Abklärungsergebnisse nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei, weshalb kein Anspruch auf Versicherungsleistungen bestehe. Für die Übernahme der weiteren Heilbehandlungskosten habe sich die Versicherte bei der zuständigen Krankenversicherung anzumelden (act. G 5.1/K21).

C.

Die von der Versicherten am 25. September 2010 erhobene Einsprache (act. G 5.1/K25) wies die Helsana mit Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2010 ab (act. G 5.1/K28).

D.

D.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte mit Eingabe vom 6. November 2010 Einsprache (richtig: Beschwerde) mit den Anträgen, die Einsprache (richtig: Beschwerde) vom 25. September 2010 sei gutzuheissen, der Unfall vom 1. April 2007 könne nicht in eine Krankheit umgewandelt werden, der Beschwerdeführerin sei eine Zweitmeinung eines neutralen Arztes, z. B. Kantonsspital St. Gallen, zuzusprechen und die aufgelaufenen Rechnungen, resultierend aus vorgenanntem Unfall, seien von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

D.b In der Beschwerdeantwort vom 13. Dezember 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

D.c Mit Replik vom 12. November 2011 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

D.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.



1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung (Erwägung 5; Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1) sowie die Bestimmung über den Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. In Bezug auf den natürlichen Kausalzusammenhang ist zu ergänzen, dass dessen Bejahung nicht erforderlich macht, 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 und mithin eine Teilursache für - allenfalls erst nach einem Rückfall eintretende - gesundheitliche Störungen darstellt (BGE 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, 117 V 360 E. 4a, 376 f. E. 3a; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 185 E. 4a). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Während die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen erfolgt und Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Hinzuweisen ist schliesslich insbesondere auch auf Art. 6 Abs. 3 UVG, wonach der Unfallversicherer für unerwünschte Folgen der von ihm übernommenen Eingriffe einzustehen hat, ohne dass die behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen muss (BGE 118 V 286).



1.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast bei Beweislosigkeit liegt damit bei der versicherten Person. Selbstverständlich greift die obgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den am 11. Mai 2010 gemeldeten Beschwerden im linken Fuss der Beschwerdeführerin und dem am 1. April 2007 erlittenen Unfall ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann.

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin erlitt am 1. April 2007 eine Kontusion plantar MTP II/III links. Eine im Juni 2007 wegen einer unklaren Schmerzsymptomatik im linken Vorfuss vorgenommene MRI-Untersuchung zeigte eine Weichteilraumforderung eher plantar intermetatarsal II/III, aber auch intermetatarsal III/IV, worauf Dr. D.____ von einer am ehesten bestehenden Kombination eines Morton-Neuroms und einer hypertrophen



posttraumatischen Weichteilnarbenknotenveränderung sprach (act. G 5.2/M1, M5, M8). In Bezug auf die Frage, ob der Unfallmechanismus vom 1. April 2007 aus medizinischer Sicht geeignet sei, die erhobenen Befunde bzw. Diagnosen auszulösen, sprach Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 29. Februar 2008 von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Beschwerden seien offenbar nach dem Ereignis aufgetreten und diese dauerten bisher noch an. Auch wenn peroperativ allein ein Morton-Neurom gefunden werde, könnte nie eine Teilunfallkausalität verneint werden. Falls es sich um ein Morton-Neurom handle, müsste dieses als Vorzustand im Rahmen der Spreizfüsse beidseits gesehen werden. Das Unfallereignis hätte somit nur eine vorübergehende Verschlechterung des Neuroms verursacht, so dass nach der vorgesehenen operativen Revision interdigital II/III und der Exzision des eventuellen Morton-Neuroms wahrscheinlich der Status quo ante wieder definiert werden könnte (act. G 5.2/M9). Anlässlich der von Dr. F.____ am 22. April 2008 durchgeführten Operation bestätigte sich ein grosses Morton-Neurom im Bereich einer entzündlichen Bursa-Veränderung (altes Hämatom) intermetatarsal II/III links, welches exzidiert wurde (act. G 5.2/M10). Übereinstimmend mit Dr. E.____ beschrieb auch Dr. G.____ im Arztzeugnis vom 8. Juni 2010 als medizinisches Geschehen ein symptomatisch werdendes Morton-Neurom als Folge eines axialen Stosses (act. G 5.2/M18). Die Beschwerdeführerin anerkannte im Rahmen des Grundfalls die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 1. April 2007. Am 6. Juni 2008 wurde die Behandlung abgeschlossen, nachdem bereits ab 5. Mai 2008 wieder eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit bestanden hatte (act. G 5.2/M13). Anlässlich einer Untersuchung durch Dr. F.____ vom 1. Oktober 2008 schilderte die Beschwerdeführerin, dass sie nach der Operation nie Beschwerdefreiheit erlangt habe. Sie klagte über ein eigenartiges "pampiges" Gefühl sowie über Schmerzen direkt über den Metatarsalköpfchen II bis IV, besonders über III. Gelegentlich habe sie das Gefühl, als ob die Beweglichkeit der Zehen eingeschränkt sei. Die klinische Untersuchung bestätigte laut Bericht vom 7. Oktober 2008 die leichte Überdruckempfindlichkeit des III. und IV. Metatarsalköpfchens. Es bestehe eine leichte Hyposensibilität im Bereich der Zehen III und IV. Die Beschwerden der Patientin seien an sich plausibel. Vom orthopädisch/chirurgischen Standpunkt aus sei jedoch eine erneute operative Intervention, wie zum Beispiel eine Entlastung des Drucks über den Mittelfussköpfchen, nicht gegeben (act. G 5.2/M14). Bei einer weiteren Untersuchung vom 19. November 2008 erwähnte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. F.____ das



Gefühl eines Klumpens an der Plantarseite des Fusses sowie Schmerzen entlang des linken Unterschenkels und Oberschenkels, wobei es manchmal zu einer richtigen Koordinationsstörung käme. Die neurologische Untersuchung zeigte laut Bericht vom 24. November 2008 lediglich eine Sensibilitätsstörung im Bereich der operierten Zehen. Dr. F.____ wiederholte, dass die Probleme im Bereich des Vorfusses chirurgisch nicht weiter beeinflusst werden könnten. Die Hyposensibilität erkläre sich als Operationsfolge und eine Neuombildung sei nicht vorhanden. Der ausstrahlende Schmerz am Ober- und Unterschenkel sowie die gelegentliche Koordinationsstörung stünden sicher nicht im Zusammenhang mit der Fussproblematik. Hier dürfte es sich um ein Wirbelsäulenproblem handeln, was aufgrund der sich röntgenologisch gezeigten Veränderung der Lendenwirbelsäule auch plausibel sei (act. G 5.2/M15). Im Arzteugnis vom 6. Februar 2009 wiederholte Dr. F.____ das Bestehen leichter Restbeschwerden mit einem "pampigen" Gefühl im Bereich der Zehen bzw. plantar davon II/III links. Dieses sei die Folge der Neuromexzision und könne nicht verändert werden (act. G 5.2/M16). Dr. E.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2009 fest, dass das Morton-Neurom als unfallfremd zu bezeichnen sei. Das Unfallereignis sei lediglich geeignet gewesen, eine vorübergehende Verschlimmerung dieses Vorzustands zu verursachen. Der Status quo ante sei längstens erreicht. Der Heilverlauf könne als normal bezeichnet werden. Das "pampige" Gefühl im Fuss sei Folge der Operation und könne nicht verändert werden. Bezüglich des Unfallereignisses benötige die Beschwerdeführerin keine Therapie mehr. Unfallfolgen würden keine mehr vorliegen (act. G 5.2/M17; vgl. dazu auch act. G 5.2/M11). Gestützt auf diese medizinische Aktenlage schloss die Beschwerdegegnerin den Grundfall ab bzw. stellte ihre Leistungen mit Verfügung vom 19. Mai 2009 per sofort ein (act. G 5.1/K15).

3.2 In der Rückfallmeldung vom 11. Mai 2010, d.h. ein Jahr nach obgenannter Leistungseinstellung, hielt die Beschwerdeführerin daran fest, dass von Anfang an ein Fehlverhalten bzw. ein Taubheitsgefühl bei ca. einem Drittel des operierten Fusses bestanden habe. Ebenso bestehe ein Gefühl von eingeklemmt sein. Das Tragen eines Schuhs werde nach ca. einer halben Stunde unerträglich, da von der Fusssohle her ein Drittel des Fusses als brennend empfunden werde. Die Beanstandungen habe sie frühzeitig beim behandelnden Arzt angemeldet, der sie aber immer auf die nötige Geduld hingewiesen habe (act. G 5.1/K17). Am 19. Mai 2010 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. G.____ untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 8. Juni



2010 wurde festgehalten, dass seit der Operation ziehende Schmerzen im Operationsgebiet persistieren würden. Ebenfalls sei seit dem Eingriff eine Hyposensibilität im Innervationsgebiet des Nervus plantaris lateralis distalbetont vorhanden. Als Befunde erhob Dr. G.____ eine Druckdolenz im Operationsgebiet, ein leichtes Tinelphänomen über dem Tarsaltunnel sowie eine Hyposensibilität distal im Innervationsgebiet des Nervus plantaris lateralis. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine regelrechte Darstellung des Fuss skeletts. Dr. G.____ diagnostizierte persistierende Beschwerden nach Exzision eines Morton-Neuroms interdigital II/III sowie eine unklare Sensibilitätsstörung der Planta pedis lateral. Als Ursache für die Beschwerden käme der Unfall in Frage. Vor dem Unfall habe die Beschwerdeführerin nicht unter ähnlichen Beschwerden gelitten. Mittels der MRI-Untersuchung des linken OSG und des linken Vorfusses vom 25. Mai 2010 hätten ein Rezidiv-Neurom und eine Pathologie im Tarsaltunnel ausgeschlossen werden können (act. G 5.2/M18). Gegenüber Dr. H.____ gab die Beschwerdeführerin am 9. Juli 2010 an, seit der operativen Entfernung eines Morton-Neuroms links sowohl eine Gefühllosigkeit im Bereich der III. Zehe als auch weiterhin am seitlichen Fussballen auf Mittelfusshöhe links zu verspüren. Im genannten Areal habe sie bei feinen Berührungen unangenehme Missempfindungen bemerkt. Jetzt habe sie in den Schuhen und nach längerem Barfussgehen brennende, stechende Schmerzen im genannten Areal. Dr. H.____ erhob als Befunde ein wahrscheinlich positives Tinel-Zeichen im Narbenbereich am linken Fuss sowie über dem distalen Tarsaltunnel links, eine Hyposensibilität bei Berührung am lateralen Oberschenkel links, entsprechend des Innervationsgebiets des Nervus cutaneus femoris lateralis links sowie an der linken Fusssohle mit Maximum an den Zehen II bis V, aber auch leichtgradig an der Grosszehe und am lateralen Fussrand rechts. Die anamnestischen Angaben und klinischen Untersuchungsbefunde würden für ein posttraumatisches Tarsaltunnelsyndrom links sprechen. Entsprechend stellte sie diese Diagnose und nebenbefundlich bzw. nicht im Vordergrund stehend eine Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links (act. G 5.2/M19). Dr. E.____ hielt in seiner Beurteilung vom 19. August 2010 fest, dass das fragliche Syndrom nach Knochenbrüchen im Bereich des medialen Fusses/Fussgelenks und ferner nach Distorsionen sowie Drehungen im Bereich des Fusses auftreten könne. Auch eine Tendosynovitis könne zu einer Volumenzunahme im entsprechenden Bereich führen und Symptome eines Tarsaltunnelsyndroms auslösen. Weiter seien Fehlstellungen des



Fusses, wie z.B. Senk- und Spreizfüsse, geeignete Ursachen. Zusätzlich sei die sportliche Überlastung als bekannte Ursache des Tarsaltunnelsyndroms zu erwähnen. Im konkreten Fall habe die Beschwerdeführerin keine Distorsion im Bereich des Hinterfusses erlitten. Primär gehe es um Vorfussbeschwerden nach einer Kontusion des Vorfusses, die operativ offenbar auch hätten verbessert werden können. Eine Sensibilitätsstörung im Bereich der Zehen II und III sei sicher eine Folge der Operation, stehe aber aktuell nicht als Ursache für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden zur Diskussion. Die jetzigen Beschwerden seien offenbar neurologisch auf ein Tarsaltunnelsyndrom links zurückzuführen. Dessen überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang mit dem in den Grundakten beschriebenen Unfallereignis sei unwahrscheinlich. Auch sei das Zeitintervall zwischen dem Unfallereignis und dem jetzt diagnostizierten Tarsaltunnelsyndrom zu lange, um die natürliche Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen zu können. Die Beschwerdeführerin sei extrem sportambitioniert. Damit sei die Ursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die sportliche Überlastung in Kombination mit der Fussfehlform im Sinn eines Spreiz-/Senkfusses zu erklären. Die Bezeichnung des Tarsaltunnelsyndroms als posttraumatisch durch Dr. H.____ entspreche einer Kausalitätsbeurteilung "post hoc ergo propter hoc". Diese Einschätzung erfülle das Kriterium der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht. Auch berücksichtige Dr. H.____ die Latenz zum Unfallereignis nicht und sie diskutiere bezüglich des Syndroms keine Differentialdiagnosen (act. G 5.2/M20). Gestützt auf diese vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. E.____ verneinte die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Rückfalls das Vorliegen einer unfallkausalen Gesundheitsschädigung.

3.3 In der Beschwerdeeingabe klagte die Beschwerdeführerin über ein nach der Operation vom 22. April 2008 verbliebenes "Knollengefühl", welches sich gleichzeitig taub und empfindlich anfühle. Seit der Operation sei es ihr nicht mehr möglich, auf der linken Seite zu schlafen. Auch ertrage sie kein Gewicht mehr auf der linken Beinaussenseite. Sie verspüre sodann ein "Eingeklemmtsein" bei der Bewegung des Vorfusses von oben nach unten und umgekehrt.

4.



4.1 Aus den medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass die anlässlich des Unfalls vom 1. April 2007 erlittene Kontusion des linken Vorfusses plantar MTP II/III eine Gesundheitsschädigung zur Folge hatte, indem ein vorbestehendes Morton-Neurom im Rahmen der Spreizfüsse symptomatisch wurde und die Beschwerdeführerin an der betroffenen Stelle eine entzündliche Bursa-Veränderung bzw. eine hypertrophe Weichteilnarbenveränderung aufwies, welches Beschwerdebild zur Operation vom 22. April 2008 führte. Die Operation war mithin unstrittig aus unfallkausalen Gründen indiziert. Eine Operation erfolgt mit dem Ziel, einen Gesundheitsschaden zu heilen, womit der Argumentation von Dr. E.____ betreffend Erreichen des Status quo sine/ante nach Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) in der Regel gefolgt und insofern von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustands ausgegangen werden kann. Im Weiteren ist jedoch zu beachten, dass mit einer Operation auch bleibende Änderungen an einem Körperteil vorgenommen werden, und in diesem Sinn Heilungsstörungen, beispielsweise durch Behandlungsfehler (vgl. dazu Art. 6 Abs. 3 UVG), auftreten können, durch die das angestrebte Operationsziel in Frage gestellt wird. In diesem Rahmen kann die alleinige Frage nach dem Status quo sine bzw. ante, welche den Zustand des Fusses vor oder ohne den Unfall einbezieht, nicht mehr als beweisende Rechtsfrage für eine Leistungsablehnung gelten. Entscheidrelevant ist die Rechtsfrage, in welchem Zeitpunkt die Operationsfolgen als abgeheilt zu betrachten sind. Ist die Beschwerdegegnerin für die Kontusionsfolgen leistungspflichtig, so ist sie es auch für allfällige Heilungsstörungen im Zusammenhang mit der Operation. Die Ärzte gehen übereinstimmend davon aus, dass die Beschwerdeführerin auch nach der Operation vom 22. April 2008 gesundheitliche Störungen, u.a. als Folge der Neuromexzision, aufwies ("pampiges" Gefühl, Hyposensibilität), welche sich jedoch nicht mehr therapieren liessen. Insofern liegen bei ihr nachgewiesenermassen Unfallrestfolgen vor.

4.2 In Bezug auf das von Dr. H.____ im Rahmen des Rückfalls diagnostizierte Tarsaltunnelsyndrom links führt Dr. E.____ an sich nachvollziehbar bzw. mit Blick auf die für eine Kausalitätsbeurteilung massgebenden Komponenten - Unfallmechanismus bzw. Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körperteil, zeitlicher Ablauf, erfahrungsmedizinische Ursachen der konkreten Diagnose - schlüssig aus, weshalb die



fragliche Diagnose als neue und unfallfremde Pathologie zu bezeichnen sei. Ohne die Diagnose eines Tarsaltunnelsyndroms sowie die diesbezügliche Kausalitätsbeurteilung in Frage zu stellen, ist jedoch einzuwenden, dass dadurch das gleichzeitige Fehlen von Unfallrestfolgen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Auch Dr. E.____ weist auf die Operationsfolgen - "pampiges" Gefühl im Fuss, Sensibilitätsstörung im Bereich der Zehen II und III - hin. Die Beschwerdeführerin schilderte seit dem Unfall, d.h. sowohl im Grundfall bzw. nach der Operation als auch im Rückfall, und damit vor allem auch zu einem Zeitpunkt, als die Diagnose eines Tarsaltunnelsyndroms noch nicht vorlag, ein im Wesentlichen unverändertes Beschwerdebild im Bereich des Vorfusses. Insofern überzeugt es nicht, wenn die Verneinung von Unfallrestfolgen einfach mit dem Vorliegen einer neuen, unfallfremden Diagnose begründet wird. Dies zumal ursprünglich gewisse Beschwerden als Unfallrestfolgen anerkannt worden sind. Im Übrigen stellte Dr. H.____ in ihrer Diagnose ebenfalls auf die Anamneseschilderung der Beschwerdeführerin ab, welche nach wie vor Beschwerden im Vorderfuss beinhaltete. Allgemein ist hinzuzufügen, dass die Ursache für ein Tarsaltunnelsyndrom zwar in einer Pathologie im Hinterfuss oder Fussgelenk liegt, die entsprechenden Schmerzen jedoch auch gerade in Form von Hyp- und Parästhesien in die Fusssohle, d.h. in den Vorfussbereich, ausstrahlen können (vgl. dazu A. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 1121). Die konkret geschädigten Körperbereiche liegen somit sehr nah beieinander, was die Verneinung von Unfallrestfolgen zumindest nicht eindeutiger werden lässt. Eine Kausalitätsbeurteilung allein mit Blick auf die Tarsaltunnelsyndrom-Diagnose erscheint schliesslich auch deshalb nicht ohne weiteres überzeugend, weil Dr. G.____ im Rahmen des Rückfalls eine Pathologie im Tarsaltunnel ausschloss und als Diagnose eine unklare Sensibilitätsstörung der Planta pedis lateral festhielt, die zu einem grössten Teil durch die Metatarsalknochen gebildet wird und in deren Bereich die Kontusion vom 1. April 2007 erfolgt ist. Im Weiteren bejahte Dr. G.____ das Vorliegen von Unfallfolgen bzw. verneinte das Vorliegen einer Krankheit.

4.3 Das Gericht hat seinen Entscheid, von welcher Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) auszugehen ist, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener



Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen). Die vorhandenen medizinischen Akten lassen indessen keinen klaren Entscheid darüber zu, inwieweit hinsichtlich der am 11. Mai 2010 gemeldeten Beschwerden ein Rückfall zum Unfall vom 1. April 2007 anzunehmen ist oder ob sie uneingeschränkt auf die neu gestellte, unfallfremde Diagnose eines Tarsaltunnelsyndroms zurückzuführen sind. Ein Sachverhalt, von dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen wäre, er treffe zu, kann demzufolge vorliegend nicht als ausgewiesen gelten. Die Streitsache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine neue umfassende medizinische Begutachtung - zweckmässigerweise bei externen Sachverständigen - veranlasse. Sobald über die Frage der Unfallkausalität Klarheit besteht, wird die Beschwerdegegnerin im gegebenen Fall zusätzlich zu prüfen haben, ob sich hinsichtlich der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für die Übernahme von Heilbehandlungskosten bzw. der Frage, ob von weiteren Heilbehandlungen noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist (vgl. Art. 10 Abs. 1 i.V.m. Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario), Änderungen ergeben haben und damit erneut entsprechende Ansprüche bestehen.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 12. Oktober 2010 teilweise gutzuheissen und die Streitsache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen über die Anspruchsberechtigung im Rückfall an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2010 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Entscheidung über



die Anspruchsberechtigung im Rückfall an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.