



**Fall-Nr.:** UV 2016/81  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.04.2018  
**Entscheiddatum:** 12.04.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.04.2018**

**Art. 6 UVG: Der Wegfall der Unfallkausalität bzw. der Übergang von unfallkausalen zu rein krankheitsbedingten Fussgelenksbeschwerden per Leistungseinstellungsdatum ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. April 2018, UV 2016/81).**

Entscheid vom 12. April 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2016/81

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Debora Bilgeri, Advokaturbüros Dähler & Lippuner, Poststrasse 12, 9000 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war aufgrund seiner Anstellung bei der B.\_\_\_\_ (Schweiz) AG bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 7. November 2014 beim Hinuntergehen einer Treppe den linken Fuss verknackste und stürzte (Suva-act. 1). Eine Erstbehandlung erfolgte am 10. November 2014 durch Dr. med. C.\_\_\_\_ (Kürzel "WIM" in den Behandlungseinträgen; Suva-act. 15, 42-18), Praktischer Arzt/Facharzt für Orthopädie, Santémed D.\_\_\_\_, der nach einer Röntgenuntersuchung des linken oberen Sprunggelenks (OSG) und Mittelfusses ohne Frakturnachweis eine OSG-Distorsion mit lateraler Bandläsion diagnostizierte. Weitere Behandlungen bzw. Untersuchungen durch Dr. C.\_\_\_\_ betreffend das linke OSG fanden am 17. November 2014, 1. und 16. Dezember 2014 sowie 12. Januar und 6. März 2015 statt (Suva-act. 42-16 ff.), wobei er am 12. Januar 2015 unter der Rubrik "Procedere" gegebenenfalls eine Wiedervorstellung sowie einen Abschluss der Behandlung eingetragen hatte (Suva-act. 42-17). Dr. C.\_\_\_\_ behandelte den Versicherten konservativ mit Medikamenten, Gehstützen und Schonung (Suva-act. 42 16 ff.). Weiter attestierte er ihm vom 10. November bis 1. Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 2. bis 16. Dezember 2014 eine solche von 50% und vom 17. bis 31. Dezember 2014



von 25%. Ab 1. Januar 2015 bestand wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 8, 15 f., 42-4 ff., 42-17 f., 43). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 7. November 2014 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen; Suva-act. 2 f.).

A.b Am 17. November 2015 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin einen "Rückfall" zum Unfall vom 7. November 2014 melden (Suva-act. 10). Er hatte sich am 29. Juni 2015 erneut wegen belastungsabhängiger Schmerzen im linken Fuss bei Dr. C.\_\_\_\_ in Behandlung begeben. Dieser hatte als Befunde Senk-Spreiz-Füsse, eine Knickfussstellung, Schmerzen im Bereich des linken OSG medial und lateral, jedoch keine Weichteilschwellung, erhoben, die Diagnose "OSG li mit lat. Bandläsion" gestellt und als Therapie eine Einlagenversorgung mit Schuhinnenranderrhöhung verordnet. Trotz Einlagenversorgung hatten die Schmerzen andauert, weshalb der Versicherte am 26. Oktober 2015 abermals Dr. C.\_\_\_\_ konsultiert hatte (Suva-act. 42-16). Eine Arbeitsunfähigkeit hatte laut dem von Dr. C.\_\_\_\_ der Suva am 24. Dezember 2015 eingereichten Arztzeugnis UVG für Rückfall keine bestanden. Weiter definierte er die am 29. Juni 2015 erhobenen Befunde als Unfallfolgen (Suva-act. 18).

A.c Am 2. Februar 2016 liess sich der Versicherte durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin/Orthopädie FMH (Suva-act. 25), und am 17. März 2016 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, Klinik G.\_\_\_\_ (Suva-act. 27), untersuchen. In der Klinik G.\_\_\_\_ wurde insbesondere auch eine MRI-Untersuchung des linken Fusses durchgeführt, wobei sich das Sprunggelenk unauffällig zeigte (Suva-act. 31). Dr. F.\_\_\_\_ vereinbarte mit dem Versicherten einen physiotherapeutischen Aufbau mit Propriozeptionstraining, eine Anpassung der Einlagen sowie eine klinische Verlaufskontrolle in zwei bis drei Monaten (Suva-act. 26 f.).

A.d Am 11. Mai 2016 legte die Suva den Schadenfall ihrem Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur Beantwortung der Frage vor, ob die geltend gemachten Beschwerden am linken Fussgelenk mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 7. November 2014 zurückzuführen seien. Dr. H.\_\_\_\_ verneinte die Frage am 12. Mai 2016, worauf die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 19. Mai 2016 mitteilte, für die aktuell geklagten Fussgelenksbeschwerden links, d.h. für den gemeldeten Rückfall zum Unfall vom 7. November 2014, nicht leistungspflichtig zu sein und daher keine Versicherungsleistungen erbringen zu können (Suva-act. 33).



## St.Galler Gerichte

A.e Anlässlich eines Telefongesprächs vom 25. Mai 2016 wandte der Versicherte ein, er sei stets in ärztlicher Behandlung gewesen, weshalb der Schadenfall nicht als Rückfall zu betrachten sei. Der Hausarzt habe ihm zum Unfallzeitpunkt mitgeteilt, dass die Schmerzen "nach einer gewissen Zeit" wieder vergehen würden, was nicht der Fall gewesen sei. Monate später sei er an die Klinik G.\_\_\_\_ überwiesen worden, wo er in die Physiotherapie gegangen sei. Man habe ihm erklärt, dass er wohl "falsch behandelt" worden sei und er bereits viel früher in die Physiotherapie hätte gehen sollen. Der Versicherte verlangte eine ausführliche medizinische Begründung, welche er mit Dr. F.\_\_\_\_ besprechen könne. Allenfalls wünsche er danach eine einsprachefähige Verfügung (Suva-act. 38).

A.f Am 26. Mai 2016 fragte die Suva Dr. H.\_\_\_\_ an, ob er an seiner ärztlichen Beurteilung vom 12. Mai 2016 festhalte (Suva-act. 39), was dieser am 26. Mai 2016 bejahte und begründete (Suva-act. 40). Die Beurteilung wurde dem Versicherten zugestellt (Suva-act. 41). Dieser hielt jedoch nach einer Verlaufskontrolle durch Dr. F.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2016 mit Schreiben vom 20. Juni 2016 an seinem Einwand vom 25. Mai 2016 fest (Suva-act. 42-1 ff.).

A.g Mit Verfügung vom 30. Juni 2016 eröffnete die Suva dem Versicherten, dass die ab 29. Juni 2015 ärztlich behandelten und als Rückfall gemeldeten Fussgelenksbeschwerden links nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 7. November 2014 zurückzuführen seien. Der Status quo sine sei spätestens nach sechs Wochen erreicht gewesen. Der Fall werde damit, was die Unfallfolgen betreffe, per 28. Juni 2015 abgeschlossen. Die Suva sei ab dem 29. Juni 2015 nicht leistungspflichtig und könne daher keine Versicherungsleistungen erbringen (Suva-act. 51).

B.

Mit Eingabe vom 31. August 2016 liess der Versicherte durch Rechtsanwältin lic. iur. D. Bilgeri, St. Gallen, gegen die Verfügung Einsprache erheben (Suva-act. 58). Mit Einspracheentscheid vom 2. November 2016 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 62).

C.



## St.Galler Gerichte

C.a Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seine Rechtsvertreterin am 1. Dezember 2016 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen aus dem Unfall vom 7. November 2014 für die noch andauernde Behandlung des linken Fussgelenks zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Beigelegt wurde ein Sprechstundenbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 10. November 2016 (act. G 1.2).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 2. November 2016 (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 7. Februar 2017 bestätigte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers den Beschwerdeantrag (act. G 5) und reichte einen weiteren Sprechstundenbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 4. August 2016 ein (act. G 5.1). Mit Duplik vom 2. März 2017 hielt auch die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 7).

C.d Mit Schreiben vom 5. April 2017 (act. G 9) reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Sprechstundenbericht sowie einen Operationsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 2. März 2017 (act. G 9.1) bzw. 10. März 2017 (act. G 9.2) zu den Akten. Mit Schreiben vom 13. April 2017 nahm die Beschwerdegegnerin zu den neu aufgelegten Akten Stellung (act. G 11).

## Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR. 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden



daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2014 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

2.1 Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 7. November 2014 ursprünglich anerkannt hat bzw. ihre Leistungspflicht erst ab 29. Juni 2015 verneint (Suva-act. 2 f., 51) und für ausgewiesene Arbeitsunfähigkeiten und durchgeführte Heilbehandlungen Taggeld- sowie Heilkostenleistungen gewährt hat. Während beim Beschwerdeführer wegen der Fussgelenksbeschwerden links ab dem 1. Januar 2015 keine Arbeitsunfähigkeiten mehr aktenkundig sind (Suva-act. 8, 16, 42-4 ff., 42-16 f., 43), erfolgten Heilbehandlungen auch ab dem 29. Juni 2015 (Suva-act. 18, 42-16). Streitgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet damit nur ein Anspruch auf Heilbehandlungsleistungen. Entsprechend ist auch das Rechtsbegehren in der Beschwerde formuliert (act. G 1, Ziff. 2). Streitig und zu prüfen ist mithin, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht für den Unfall vom 7. November 2014 ab 29. Juni 2015 (Behandlung durch Dr. C.\_\_\_\_; Suva-act. 18; vgl. Erwägung 6.) keine Leistungen mehr für die Heilbehandlungen der Fussgelenksbeschwerden links erbracht hat (vgl. auch Erwägung 4.2).

3.

3.1 Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung von Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmung bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkostenleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem



adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58).

3.2 Ist die Unfallkausalität im Grundfall einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dieser Beweis kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische



Grundlagen und medizinische Erfahrungssätze geführt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (vgl. BGE 126 V 189 E. 4c; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 3a). Beim Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens von Unfallfolgen handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In diesem Sinn ist die Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungssätze dann ungenügend, wenn sie im konkreten Fall keine Grundlage findet. Besteht im Bereich eines vom Unfall betroffenen Körperteils ein krankhafter oder degenerativer Vorzustand, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, 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 oder degenerativen Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2007, U 290/06).

3.3 Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt, wobei ein Rückfall einen besonderen revisionsrechtlichen Tatbestand im Sinn von Art. 22 UVG darstellt (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheimer Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Weil der Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst, kann er eine Leistungspflicht des damaligen Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c).

4.



4.1 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat 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 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine 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. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 4, 79).

4.2 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 2. November 2016 (Suva-act. 62). Diesem liegt die Verfügung vom 30. Juni 2016 zu Grunde (Suva-act. 51), worin dem Beschwerdeführer eröffnet wurde, dass für die ab dem 29. Juni 2015 entstandenen Heilbehandlungskosten bezüglich der Fussgelenksbeschwerden links mangels Unfallkausalität keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr bestehe. Die Verfahrensparteien sind sich offensichtlich darin einig, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit der Verfügung vom 30. Juni 2016 unter dem Aspekt eines allfälligen fortdauernden Grundfalls geprüft hat. Dies erscheint in Anbetracht des zeitlichen Ablaufs mit einer behandlungsfreien Zeit zwischen den ärztlichen Behandlungen durch Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. Januar und 6. März 2015 (Suva-act. 42-17) sowie der als Rückfall gemeldeten Behandlung durch denselben Arzt vom 29. Juni 2015 (Suva-act. 42-16) von weniger als einem halben Jahr - trotz Eintrages eines (vorläufigen) Behandlungsabschlusses am 12. Januar 2015 (vgl. Suva-act. 42-17) - angemessen (vgl. dazu FRANZ SCHLAURI, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: RENÉ SCHAFFHAUSER/Franz Schläuri [Hrsg.], Veröffentlichungen des



Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse Band 40, S. 57; siehe auch LUKAS OETIKER, Rückfälle in der Unfallversicherung, JaSo 2014, insbes. S. 219 f.). Auch der in der Verfügung verwendete Begriff Rückfall sowie der Umstand, dass die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers einen Anspruch auf Vergütung der ab 29. Juni 2015 entstandenen Heilbehandlungskosten - laut Aussage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 1. Dezember 2016 auf Anweisung der Beschwerdegegnerin (act. G 1) - als Rückfall gemeldet hat, vermag an obiger Beurteilung nichts zu ändern. Die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der Unfallkausalität bezüglich der Fussgelenksbeschwerden links hat damit die Beschwerdegegnerin zu tragen (vgl. Erwägung 4.1).

5.

5.1 Der von der Beschwerdegegnerin festgelegte Leistungseinstellungszeitpunkt orientiert sich am unbestrittenen Sachverhalt, wonach der Beschwerdeführer Versicherungsleistungen erst (wieder) ab Beginn der Behandlung bei Dr. C. \_\_\_ am 29. Juni 2015 (Suva-act. 18) geltend macht. Die Einstellung der Heilkostenleistungen wird, wie bereits erwähnt, mit dem Wegfall der Unfallkausalität begründet. Damit wird von der Beschwerdegegnerin eine Sachverhaltsänderung im Sinne eines geänderten Gesundheitszustands bzw. einer Heilung der Unfallverletzungen geltend gemacht. Dieser Sachverhalt muss formell-rechtlich (analog der Revision gemäss Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) auf den Zeitpunkt des Eintritts der Sachverhaltsänderung für die Zukunft umgesetzt bzw. korrigiert werden. Eine Prüfung des Dahinfallens der Kausalität ist jederzeit möglich. Entgegen der Auffassung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 1. Dezember 2016 kann nicht von einer rückwirkenden Terminierung des Falles (vgl. Suva-act. 58) gesprochen werden. Für die ursprünglich anerkannte Leistungspflicht macht die Beschwerdegegnerin keine Rückforderungsansprüche geltend, d.h. es erfolgte ihrerseits kein Zurückkommen auf bisher gewährte Versicherungsleistungen. Die Leistungseinstellung wurde auf den Zeitpunkt der Sachverhaltsänderung vorgenommen und konnte damit ohne Berufung auf einen Rückkommenstitel umgesetzt werden (vgl. dazu Art. 53 ATSG; BGE 130 V 380). Auch dem Einwand der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 1. Dezember 2016, dieser sei vor der Aufforderung zur



Rückfallmeldung nie über den Abschluss seines Dossiers bei der Unfallversicherung informiert worden, kommt keine Bedeutung zu. Die Beschwerdegegnerin hat rechtskonform mittels Verfügung vom 30. Juni 2016 (vgl. dazu Art. 49 Abs. 1 ATSG) über die Einstellung bzw. Verneinung eines Anspruchs des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen ab dem 29. Juni 2015 befunden.

5.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin formell-rechtlich nicht zu beanstanden ist.

6.

Nachfolgend ist demgemäss materiell-rechtlich zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls vom 7. November 2014 für die über die Leistungseinstellung hinaus bestehende und behandelte Fussgelenksproblematik links mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht hat.

6.1 Die Frage, ob die ab 29. Juni 2015 behandelten Fussgelenksbeschwerden links noch unfallkausale Restfolgen darstellen, wird von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Aktenbeurteilung ihres Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2016 (Suva-act. 40) verneint. Laut Dr. H.\_\_\_\_ hat das das linke OSG betreffende Fussdistorsionstrauma vom 7. November 2014 nicht zu nachweisbaren unfallkausalen strukturellen Läsionen geführt. So sei im Sinne einer Bänderzerrung von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen. Damit liege definitionsgemäss der Status quo sine spätestens nach zwei Wochen und bei Einschluss einer auch möglichen partiellen Bandruptur spätestens nach sechs Wochen vor.

6.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels



noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. Soll jedoch ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, 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 (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt etwa in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3). Eine reine Aktenbeurteilung, wie sie vorliegend am 26. Mai 2016 durch den Kreisarzt der Beschwerdegegnerin Dr. H.\_\_\_\_ (Suva-act. 40) erstellt wurde, ist nicht an sich beweisuntauglich. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen). Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von anderen persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

6.3 Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen die Feststellungen von Dr. H.\_\_\_\_ nicht uneingeschränkt zu überzeugen.

6.3.1 Dr. H.\_\_\_\_ stellt zwar insofern zutreffend fest, dass echtzeitlich beim Beschwerdeführer im Bereich des linken OSG radiologisch keine unfallbedingte strukturelle Verletzung erhoben worden sei (vgl. dazu BGE 134 V 121 E. 9, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), als die am 10. November 2014 durch Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführte röntgenologische Untersuchung des linken OSG und des Mittelfusses keine Fraktur zur Darstellung brachte (Suva-act. 15 f.). Dr. C.\_\_\_\_ stellte allerdings als Unfalldiagnose eine OSG-Distorsion mit lateraler Bandläsion (Suva-act. 15; vgl. auch Suva-act. 16). Die Diagnose "OSG-Distorsion" entstammt offensichtlich dem vom Beschwerdeführer beschriebenen Unfallmechanismus (Abknicken mit dem Fuss) und meint eine Überdehnung des Fusses bzw. seiner Bänder. Mit der von Dr. C.\_\_\_\_ zusätzlich diagnostizierten "lateralen



Bandläsion" könnte aber durchaus eine strukturelle Läsion im Sinne einer (partiellen) Bandruptur gegeben sein (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1096 ff.). Die beim Beschwerdeführer erhobenen Befunde einer deutlichen Weichteilschwellung medial und lateral sowie eines Hämatoms lateral wären zumindest klinische Zeichen für eine solche. Ausserdem wurde dem Beschwerdeführer nach dem Unfall eine Ruhigstellung mit Gehstützen, welche er mehrere Wochen benutzte, verordnet (vgl. dazu Suva-act. 42-1, 42-17 f.; vgl. auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 1097). Folgerichtig äussert sich auch Dr. H.\_\_\_\_ zur Heilungsdauer einer möglichen partiellen Bandruptur und schliesst damit im konkreten Fall eine solche klarerweise nicht aus. Seiner offenkundig auf den erwiesenen Ausschluss einer Fraktur bezogenen Feststellung - das Fussdistorsionstrauma vom 7. November 2014 habe nicht zu nachweisbaren, unfallkausalen strukturellen Läsionen geführt - kommt demzufolge in Bezug auf das Dahinfallen von Unfallfolgen im konkreten Fall keine massgebende Aussagekraft zu.

6.3.2 Aus den von Dr. H.\_\_\_\_ angeführten verschiedenen Heilungsdauern für eine Bänderzerrung und eine Bandruptur erhellt sodann, dass die Bänder durch eine Distorsion mehr oder weniger stark gezerrt, eingerissen oder gar ganz durchgerissen werden können (vgl. dazu auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 1097, 1120). Im Regelfall ist davon auszugehen, dass der Schweregrad einer Bandläsion Einfluss auf die Heilungsdauer hat. Auch wenn nach der medizinischen Erfahrung Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos ausheilen (vgl. dazu auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 412), lässt sich nicht erschliessen, wie Dr. H.\_\_\_\_ seine kurzen Heilungsdauern (zwei Wochen für eine blosse Bänderzerrung, sechs Wochen für eine partielle Bandruptur) in Bezug auf den vorliegenden Fall ermittelt hat. Der Beschwerdeführer war laut eigenen Angaben während zwölf Wochen auf Gehstützen angewiesen (Suva-act. 42-1). Dr. C.\_\_\_\_ empfahl offenbar während der ersten sechs Wochen eine absolute Ruhigstellung, danach erst ein Aufbelasten mit Fersenkontakt und ein Gehen ohne Gehstützen nur für kurze Strecken. Eine mögliche Vollbelastung wurde von ihm erst anlässlich seiner Behandlung vom 12. Januar 2015, d.h. rund neun Wochen nach dem Unfall, eingetragen (Suva-act. 42-17). Der dargelegte Sachverhalt lässt eindeutig auf längere Heilungsdauern schliessen, als sie von Dr. H.\_\_\_\_ angenommen wurden. Wie von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 1. Dezember 2016



geltend gemacht, nimmt Dr. H.\_\_\_\_ zum vorgenannten Therapieverlauf in keiner Weise Stellung.

6.3.3 Das Vorhandensein von Brückensymptomen begründet zusätzliche Zweifel an den von Dr. H.\_\_\_\_ angenommenen Heilungsdauern bzw. am Wegfall einer fortdauernden Unfallkausalität bereits nach zwei oder sechs Wochen. Laut Beschwerde vom 1. Dezember 2016 (act. G 1) waren die Fussgelenksbeschwerden links seit dem 7. November 2014 ohne Unterbruch vorhanden. Dr. C.\_\_\_\_ notierte zwar anlässlich der Behandlung vom 12. Januar 2015 als "Procedere" einen Abschluss der Behandlung, vermerkte aber eine Wiedervorstellung im gegebenen Fall, d.h. sofern notwendig. Weiter genehmigte er dem Beschwerdeführer eine volle Belastung des linken Fusses (Suva-act. 42-17). Insofern leuchtet die Schilderung des Beschwerdeführers im Einwand vom 20. Juni 2016 (Suva-act. 42-1) ein, es sei gemäss Dr. C.\_\_\_\_ nun darum gegangen, die Muskeln durch normales Belasten beim Gehen wieder aufzubauen und so selbständig zur Genesung zu kommen. Dementsprechend liegt für diese Zeit auch keine ärztliche Physiotherapieverordnung bei den Akten. Ein nächster Behandlungseintrag von Dr. C.\_\_\_\_ wegen der Fussgelenksproblematik links stammt vom 6. März 2015, wobei dem Beschwerdeführer Schmerzmittel (Dafalgan) verabreicht wurden (Suva-act. 42-16). Laut vorgenanntem Einwand konsultierte der Beschwerdeführer Dr. C.\_\_\_\_ mangels Nachlassens der Schmerzen am 29. Juni 2015 erneut. Dieser erhob die Schmerzen klinisch und verschrieb dem Beschwerdeführer eine Einlagenversorgung mit Schuhinnenranderhöhung (Suva-act. 42-8, 42-16). Offenbar hat der Beschwerdeführer die Einlagen ab dem 8. Juli 2015 getragen. Die Schmerzen seien jedoch immer noch vorhanden gewesen, worauf er am 26. Oktober 2015 Dr. C.\_\_\_\_ aufgesucht und ihn um weiteren Rat gefragt habe. Dieser habe ihm eine Untersuchung durch einen Spezialisten vorgeschlagen und ihn am 24. November 2015 an die Klinik G.\_\_\_\_ überwiesen. Die Untersuchung fand am 22. März 2016 durch Dr. F.\_\_\_\_ statt, nachdem der Beschwerdeführer am 4. Februar 2016 bereits auch durch Dr. E.\_\_\_\_ untersucht worden war (vgl. dazu Suva-act. 18, 25, 27, 42-9, 42-16). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Behandlungsverlauf vom Beschwerdeführer nachvollziehbar und mit den Behandlungseinträgen von Dr. C.\_\_\_\_ konkludent erklärt ist. Der zeitliche Ablauf lässt insgesamt die Annahme längerer Behandlungsunterbrüche mit Beschwerdefreiheit nicht zu.



6.3.4 Dem Standpunkt der Beschwerdegegnerin, der genaue Zeitpunkt des Dahinfallens der Unfallkausalität könne offen gelassen werden, nachdem sie die Heilkostenleistungen erst per 28. Juni 2015, also mehr als sieben Monate nach dem Unfall vom 7. November 2014 eingestellt habe - in diesem Zeitpunkt sei die in Erwägung 6.3.2 dargelegte zugrundeliegende "kurze Zeit" der folgenlosen Abheilung längst abgelaufen (act. G 3, Ziff. 5.1) -, kann nicht gefolgt werden. Die kreisärztliche Aktenbeurteilung vom 26. Mai 2016 gibt selbstredend über einen Leistungseinstellungszeitpunkt ab 29. Juni 2015 keinerlei Aufschluss (Suva-act. 40). Dem in Erwägung 6.3.3 dargelegten Sachverhalt lässt sich aber gerade die Rechtfertigung für die Annahme eines überwiegend wahrscheinlichen Übergangs von unfallkausalen zu rein krankheitsbedingten Fussgelenksbeschwerden ausgerechnet ab 29. Juni 2015 nicht entnehmen. Vielmehr liefert dieser Anhaltspunkte für einen Ausnahmefall, der eine über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinausgehende Heilungsdauer der Bandläsion nahe legt (vgl. Erwägung 3.2).

6.3.5 Die Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ bejahen ausserdem eine fortdauernde Unfallkausalität. Laut Sprechstundenberichten vom 4. August 2016 (act. G 5.1), 10. November 2016 (act. G 1.2) und 2. März 2017 (act. G 9.1) zeigen sich beim Beschwerdeführer zwei Problematiken, welche zu den Fussgelenksbeschwerden links führen, eine OSG-Instabilität sowie ein anteriores Impingement bei Narbengewebe. Am 10. März 2017 wurde beim Beschwerdeführer in der Klinik G.\_\_\_\_ eine Straffung des lateralen Bandapparates Fuss links vorgenommen (act. G 9.2). Laut medizinischer Literatur stellt eine Instabilität sowohl eine bekannte Folge von Bänderläsionen dar, tritt jedoch auch bei einer anatomischen Fehlstellung des Fusses auf - wie sie beim Beschwerdeführer als Vorzustand unbestrittenermassen vorliegt (Pes planovalgus links, Senkfuss [Suva-act. 27, 49, act. G 1.2, G 9.1]). Desgleichen kann ein Impingement bei Narbengewebe sowohl traumatisch bedingt als auch Folge eines degenerativen Prozesses knöcherner Anomalien sein (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 612, 636, 725 ff.; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 209 "Bandinsuffizienz", S. 1377 "Periarthropathie humeroscapularis"; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 915, 1430). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann im konkreten Fall eine zumindest teilweise traumatisch verursachte Bandinstabilität nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Laut Berichten der Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_



vom 10. November 2016 und 2. März 2017 sind beide obgenannten Gesundheitsschäden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bzw. klar auf das erlittene Distorsionstrauma zurückzuführen (act. G 1.2, G 9.1). Dr. F.\_\_\_\_ hatte zwar anlässlich seiner Sprechstunde vom 17. März 2016 eine Instabilität sowie ein Impingement verneint (Suva-act. 27). Die den Beschwerdeführer am 4. August und 10. November 2016 untersuchenden Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ stellten jedoch die Diagnose einer OSG-Instabilität und eines ventralen Impingements OSG links (act. G 5.1, act. G 1.2). Zudem hatte Dr. E.\_\_\_\_ bei seiner Untersuchung vom 2. Februar 2016 den Befund einer fraglich diskret vermehrten Laxität links gegenüber rechts erhoben (Suva-act. 25). Die Kausalität der Instabilität und des Impingements bzw. der darauf zurückgeführten Beschwerden zum Distorsionstrauma wurde von den Ärzten der Klinik G.\_\_\_\_ trotz der unbestrittenen anatomischen Fehlstellung eines Pes planovalgus links bejaht. Das vollständige Dahinfallen einer Unfallkausalität erscheint denn auch insofern als fraglich, als die Fehlstellung als leichtgradig taxiert und am ehesten für die Beschwerden auf der Innenseite verantwortlich gesehen wurde, die Beschwerden im Zusammenhang mit der Instabilität und dem Impingement jedoch bandförmig über dem Fuss sowie im Bereich des lateralen Bandapparates lokalisiert sind (Suva-act. G 1.2, G 5.1, G 9.1 f.). Entsprechend wurde im Operationsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 auch festgehalten, dass die Straffung des lateralen Bandapparates am linken Fuss im Bewusstsein durchgeführt werde, dass damit nicht alle vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden, die z.T. auf eine Knick-/Senkfuss-Komponente zurückzuführen seien, positiv beeinflusst würden (act. G 9.2).

6.3.6 Der Umstand allein, dass sich bei der MRI-Untersuchung vom 17. März 2016 ein unauffälliges Sprunggelenk zeigte (Suva-act. 31), vermag einen Status quo sine per Leistungseinstellungsdatum ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen. Dass sich bei einer rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung keine Bandläsion, insbesondere kein Bänderriss, mehr erheben lässt, erstaunt nicht. Eine solche kann ausheilen bzw. zusammenwachsen. Der Operateur der Klinik G.\_\_\_\_ erachtete im Operationsbericht vom 10. März 2017 das Instabilitätsgefühl des Beschwerdeführers im Bereich des lateralen Bandapparates als klinisch nachvollziehbar. Auch wenn dieser im MRI (vgl. act. G 9.1: MRI vom 23. Februar 2017) radiologisch zumindest teilweise intakt sei, sei das OSG klinisch insuffizient. Das Gesagte lässt darauf schliessen, dass eine



Instabilität in erster Linie bei der klinischen Untersuchung festzustellen ist, im MRI jedoch verborgen bleiben kann. Vor allem aber ändert der obgenannte Umstand an den Erörterungen in Erwägung 6.3.1 ff. nichts.

6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2016 (Suva-act. 40) keine zuverlässige medizinische Beurteilungsgrundlage für die Frage des Wegfalls der Unfallkausalität der Fussgelenksproblematik links beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (28. Juni 2015) vorliegt. Es ist damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der Unfall seine natürlich kausale Bedeutung für die genannten Beschwerden verloren hat. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge Leistungen über den 28. Juni 2015 hinaus zu erbringen. Das Datum der definitiven Leistungseinstellung ist damit wieder offen und wird von der Beschwerdegegnerin neu festgelegt werden müssen. Sie wird insbesondere auch ihre Leistungspflicht bezüglich der Kosten der Operation mit ventraler OSG-Arthroskopie und Straffung des lateralen Bandapparates des linken Fusses vom 10. März 2017 zu beurteilen haben (act. G 9.2).

7.

7.1 Die Leistungseinstellung bezüglich Heilbehandlungskosten ist auch unter dem Gesichtspunkt, dass dem Beschwerdeführer ab Januar 2015 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden war (vgl. Suva-act. 42-7, 43-1), nicht zu schützen.

7.2 Die Heilbehandlung setzt gemäss Art. 10 UVG eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit voraus. Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat der Versicherer allerdings die Heilbehandlung nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (BGE 134 V 114 E. 4.1), wobei das Kriterium der namhaften Besserung des Gesundheitszustands namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbeeinträchtigt, zu beurteilen ist (BGE 134 V 115 E. 4.3). Allein mit Blick auf die vermutlich vorwiegend sitzende berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers und seine dabei bestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit trifft es zwar zu, dass eine namhafte Besserung durch eine weitere Heilbehandlung ausser Betracht



fällt. Letztlich stellt jedoch die Arbeitsfähigkeit nur eine, wenn auch massgebende, beispielhafte Bezugsgrösse dar. Sie ist insbesondere von Bedeutung, wenn und solange sie im konkreten Fall als Massstab für eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands überhaupt tauglich ist. Dies ist insbesondere dort nicht der Fall, wo ein unfallbedingter Gesundheitsschaden zu einer Einbusse einer Funktion führt, die für den Beruf der versicherten Person nicht von Relevanz ist und daher von vornherein nicht oder kaum zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 8C\_354/2014, E. 3.2 am Schluss). In diesen Fällen ist die Frage nach der zu erwartenden namhaften Besserung des Gesundheitszustands umfassend zu stellen; es sei denn, die Anforderungen der Erwerbstätigkeit würden derjenigen im Alltag entsprechen (Haushalt, Freizeitbeschäftigungen, Sport usw.). Dies ist in denjenigen Fällen anzunehmen, in denen die im Alltag geforderte Funktionalität des Körpers derjenigen im Rahmen der Erwerbstätigkeit entspricht. Ein solcher Sachverhalt kann beim erst 44-jährigen Beschwerdeführer und dem bei ihm betroffenen Körperteil (linker Fuss) nicht ohne weiteres angenommen werden.

7.3 Der Begriff "namhaft" bringt sodann zum Ausdruck, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung des Gesundheitszustands ins Gewicht fallen muss. Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügen nicht (Urteile des Bundesgerichts vom 22. September 2016, 8C\_306/2016, E. 5.3; 31. Juli 2013, 8C\_970/2012, E. 3.4; 21. April 2010, 8C\_855/2009, E. 7; 14. Januar 2010, 8C\_338/2009, E. 5.1; und 28. Juli 2008, 8C\_28/2008, E. 3.3). Auch ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten für sich allein noch nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts und 5. Oktober 2007, U 395/06, E. 5.3). Der Beschwerdeführer wurde nach der Leistungseinstellung an die Klinik G.\_\_\_\_ zur fachärztlichen Beurteilung überwiesen, dies wohl mit dem Ziel, weitere Heilmassnahmen bezüglich seiner Fussgelenksbeschwerden zu finden. Durch die Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ wurden sodann eine OSG-Infiltration sowie eine Operation mit Straffung des lateralen Bandapparates Fuss links durchgeführt (Suva-act. 42-16, act. G 1.2, G 5.1). Es handelt sich dabei um



bedeutsame, spezifische Heilmassnahmen, welche bei positivem Therapieergebnis durchaus eine namhafte Verbesserung eines Gesundheitszustandes herbeiführen.

8.

8.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 2. November 2016 (Suva-act. 60) gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 28. Juni 2015 hinaus die Heilkosten für die Folgen des Unfalls vom 7. November 2014 zu vergüten.

8.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

8.3 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, die Entschädigung - wie in vergleichbaren Fällen üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 2. November 2016 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, auch nach dem 28. Juni 2015 die gesetzlichen Leistungen im Sinne der Erwägungen zu erbringen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.