



Fall-Nr.: UV 2017/65
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 11.09.2019
Entscheiddatum: 18.06.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 18.06.2019

Art. 6 UVG. Art. 19 Abs. 2 UVG. Bejahung eines Unfalls bei umstrittenem Hergang des Ereignisses. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung lagen keine unfallkausalen Beschwerden mehr vor, der Status quo sine war erreicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2019, UV 2017/65).

Entscheid vom 18. Juni 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und
Versicherungsrichter Joachim Huber;

Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2017/65

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana,

Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war bei der B.____ AG als Kundenmalerin tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 18. Juni 2015 meldete die Arbeitgeberin der Suva, die Versicherte habe am 25. Mai 2015 im Haus schnell zur Haustüre gewollt und sei dabei mit dem Fuss gegen eine Stufe im Gang gestossen (Suva-act. 1). Die am 25. Mai 2015 erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten ein Distorsionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks (OSG) Grad II. Die Röntgenuntersuchung ergab keine ossäre Läsion (vgl. Suva-act. 123). Die Ärzte attestierten der Versicherten bis zum 31. Mai 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und verschrieben ihr eine Orthese sowie Analgesie. Zudem empfahlen sie eine Stockentlastung (Suva-act. 116). Die Suva entrichtete Taggelder und kam für die Kosten der Heilbehandlung auf (vgl. Schreiben vom 3. September 2015; Suva-act. 9).

A.b Aufgrund persistierender Beschwerden veranlasste die behandelnde Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, weitere bildgebende Abklärungen im Spital C.____ (vgl. Suva-act. 115). Ein am 11. Juni 2015 erstelltes MRI des OSG rechts ergab eine schräg verlaufende Os naviculare-Fraktur, eine Distorsion der am lateralen Fragment ansetzenden, kontinuierätserhaltenden Tibialis-posterior-Sehne, eine Bone bruise am Lisfranc-Gelenk II-IV Strahl sowie einen Zustand nach Distorsion der Peroneussehne in den distalen Anteilen (Suva-act. 14). Eine CT des rechten Fusses



St.Galler Gerichte

vom 27. Juli 2015 brachte deutliche Zeichen der enostalen Knochenreparation zur Darstellung, der ehemalige Frakturspalt war nur noch als feine Mehrsklerosierung sichtbar. Im Übrigen zeigte sich bei erheblicher Inaktivitätsosteopenie ein altersentsprechender, unauffälliger ossärer Befund ohne Nachweis weiterer knöcherner Verletzungen (Suva-act. 13). Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 25. August 2015, er habe am 8. Juli 2015 die Behandlung der Versicherten übernommen und eine erneute Ruhigstellung mittels Aircast verordnet. Nach Sistierung des Aircast und Normalisierung der Mobilisation im Normalschuh bestehe weiterhin eine deutliche Belastungseinschränkung des rechten Fusses. Die immer noch arbeitsunfähige Versicherte sei auf Gehstöcke angewiesen (Suva-act. 12).

A.c Dr. med. F.____, Oberarzt mbF Radiologie, Spital C.____, erstellte am 2. September 2015 ein MRI des OSG rechts. Er beurteilte, bei Status nach Navicularefraktur finde sich noch ein Restödem, welches bis zu sechs Monate als normal angesehen werden könne. Auffallend sei eine fleckige Knochenstruktur im Sinne einer Inaktivitätsosteopenie. Es liege keine Läsion der Bänder im OSG, aber eine ältere Läsion in der distalen Syndesmose mit Partialriss des vorderen Syndesmosenbandes vor (Suva-act. 11).

A.d Am 16. September 2015 berichtete die Versicherte gegenüber der Suva, sie sei am 25. Mai 2015 zu Hause die Treppe hochgerannt, auf der letzten Stufe gestolpert und dann mit der rechten Fussspitze "in ein Regal geknallt". Sie sei mittlerweile im Aufbautraining, habe aber noch gesundheitliche Einschränkungen am Fuss rechts. Vor ein paar Jahren habe sie am linken Fuss mit demselben Knochen Probleme gehabt, welche sich nun aufgrund der Mehrbelastung verschlimmert hätten. Am linken Fuss stehe der Knochen an der Fuss-Innenseite etwas heraus und bereite ihr momentan eigentlich mehr Probleme als der rechte Fuss (Suva-act. 16).

A.e Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, untersuchte die Versicherte am 12. Oktober 2015 und liess Röntgenbilder beider Füsse erstellen. Tags darauf hielt er als Diagnosen einen Status nach axialem Stauchungstrauma am 25. Mai 2015 des rechten Fusses mit Os naviculare-Fraktur rechts undisloziert mit konservativer Therapie, mit persistierenden Schmerzen des Os



St.Galler Gerichte

cuneiforme rechts und einer nicht unfallbedingten Tibialis-posterior-Tendinopathie links fest. Sollte der von ihm verordnete orthopädische Schuh eine Schmerzreduktion bringen, empfehle er einen Arbeitsversuch mit maximal 50% (Suva-act. 43, vgl. Suva-act. 44).

A.f Am 16. Oktober 2015 teilte die Suva der Versicherten mit, bezüglich der geltend gemachten Beschwerden am Fuss links bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 25. Mai 2015. Die Suva sei für die genannten Beschwerden demzufolge nicht leistungspflichtig (Suva-act. 46).

A.g Auf Zuweisung von Dr. E.____ wurde die Versicherte am 30. Oktober 2015 in der Klinik H.____ untersucht. Die zuständige Ärztin hielt gleichentags fest, bezüglich der beklagten Beschwerden in der Lisfranc-Linie auf der rechten Seite scheine lediglich eine funktionelle Störung vorzuliegen. Insgesamt sei das Unfallereignis für das Ausmass der Verletzung auf der rechten Seite relativ gering gewesen. Es sei zu überlegen, ob gegebenenfalls eine Vitamin D-Stoffwechselstörung vorliege. Für die linke Seite sei durchaus eine Operationsindikation zur Entfernung des Os tibiale externum gegeben (Suva-act. 51)

A.h Vom 19. November bis 10. Dezember 2015 befand sich die Versicherte stationär in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden Ärzte listeten in ihrem Austrittsbericht vom 14. Dezember 2015 als Diagnosen den Unfall vom 25. Mai 2015, eine Osteopenie, ein schmerzhaftes Os tibiale externum links, einen Vitamin-D Mangel sowie einen Status nach leichtgradiger depressiver Episode bzw. Erschöpfungssyndrom im Frühling 2015 auf. Bei Austritt hätten belastungsabhängige Schmerzen am Vorderfuss, der distalen Tibia und dem Malleolus medialis rechts, belastungsverstärkte Schmerzen und eine Schwellung am Rückfuss links, eine belastungsabhängige diskrete Schwellung am Vorderfuss rechts und am Rückfuss links sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit, allesamt regredient, vorgelegen. Die angestammte Tätigkeit als Kundenmalerin sei der Versicherten aktuell nicht zumutbar. Aus unfallkausaler Sicht sei eine adaptierte Tätigkeit ganztags möglich (Suva-act. 73)

A.i Die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ berichteten am 12. Januar 2016, bezüglich des rechten Fusses hätten sich die Beschwerden gut stabilisiert, lediglich bei Druck



St.Galler Gerichte

von plantar gebe die Versicherte Schmerzen medialseitig an und es bestehe etwas Ausstrahlung in die distale Region vom Malleolus medialis. Die Beschwerden auf der rechten Seite schienen lediglich von einer Verspannung der Fussbinnenmuskulatur herzurühren. Auf der linken Seite seien die Beschwerden unverändert und eine Operation geplant (Suva-act. 77).

A.j Dr. G.____ führte am 25. Januar 2016 eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch. Tags darauf beurteilte er in Kenntnis eines am 25. Januar 2016 erstellten MRI des Fusses rechts (vgl. Suva-act. 82), die Unfallfolgen seien geheilt. Die intermittierend noch bestehenden Beschwerden rechts seien nicht mit der kleinen Fraktur am dorsalen lateralen Eck des Os cuneiforme zu erklären. Seitens der Unfallfolgen bestehe eine Arbeitsfähigkeit zu 100% per sofort, weitere diesbezügliche Therapien seien nicht nötig (Suva-act. 83).

A.k Mit Verfügung vom 2. Februar 2016 stellte die Suva die Leistungen per 15. Februar 2016 ein und verneinte den Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 85).

A.l Am 8. Februar 2016 gewährte die IV-Stelle der Versicherten Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (Suva-act. 87).

B.

B.a Die Versicherte liess am 26. Februar 2016 gegen die Verfügung vom 2. Februar 2016 Einsprache erheben (Suva-act. 88). Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pederghana, St. Gallen, begründete diese namens der Versicherten am 8. April 2016 (Suva-act. 97).

B.b Am 17. März 2016 hatte sich die Versicherte in der Klinik H.____ einer Exzision des Os tibiale externum links unterzogen (Suva-act. 92). Die behandelnden Ärzte berichteten am 29. April 2016 über keinerlei Beschwerden am operierten linken Fuss, jedoch einen dringenden Verdacht auf ein Tarsaltunnelsyndrom rechts. Die Überlastung des rechten Fusses sei durch die Teilbelastung des linken Fusses erklärbar. Die Reizung sei in der Zwischenzeit so stark, dass eine neurologische Diagnostik in die Wege geleitet werde. Sie attestierten der Versicherten bis zum 12. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 104). Am 30. Mai 2016 hielten sie fest, die



St.Galler Gerichte

Versicherte habe berichtet, ähnliche Beschwerden wie aktuell im rechten Fuss bestünden schon seit dem initialen Trauma im Mai 2015. Sie empfahlen eine probatorische Infiltrationsbehandlung des Tarsaltunnels rechts (Suva-act. 106).

B.c Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen am 21. Juli 2016 ab, da sich die Versicherte dazu entschieden habe, eine ein Jahr dauernde Passerelle zu absolvieren (Suva-act. 108).

B.d Die Versicherte wurde am 25. November 2016 auf Veranlassung der Helsana-Gruppe durch Dr. med. J.____ und prakt. med. K.____, beide FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht. Diese befanden in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2016, die Notwendigkeit zur chirurgischen Sanierung des linken Fusses sei der Entlastung rechtsseitig und somit direkt den Unfallfolgen vom 25. Mai 2015 geschuldet. Rechtsseitig seien die noch bestehenden Beschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen. Es handle sich um einen protrahierten Heilungsverlauf nach Fraktur des Os naviculare bei bestehendem Rückfussvalgus. Derzeit sei im angestammten Beruf als Malerin keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Hinsichtlich der laufenden beruflichen Umorientierung zur Kunstlehrerin sähen sie bei wechselbelastender Tätigkeit und vollständiger Umsetzung der eingeleiteten Therapie keine wirkliche Einschränkung (Suva-act. 112).

B.e Am 17. Januar 2017 gingen die Verlaufseinträge von Dr. D.____ bei der Suva ein. Die Versicherte hatte gegenüber dieser am 29. Mai bzw. 5. Juni 2015 ausgeführt, sie habe den rechten Vorfuss mit dorsalexstendierten Zehen aus Wut gegen eine Türe geschlagen. Der Unfallmechanismus gemäss Bericht des Spitals C.____ stimme nicht, sie habe dort Angst gehabt, die Wahrheit zu sagen (Suva-act. 115). Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, nahm am 30. Januar 2017 Stellung zu den neu eingegangenen medizinischen Berichten und befand, die Beurteilung von Dr. G.____ erweise sich immer noch als korrekt (Suva-act. 118).

B.f Die Suva beauftragte Prof. Dr. med. M.____, Chefarzt Institut für Radiologie und Nuklearmedizin am Spital N.____, die bildgebende Diagnostik konsiliarisch zu beurteilen (Suva-act. 126). Dieser hielt am 22. März 2017 fest, es habe zweifellos eine Fraktur des Os naviculare bestanden, welche anlässlich der MR-Untersuchung vom 11. Juni 2015



St.Galler Gerichte

frisch gewesen und daher mit dem Trauma vom 25. Mai 2015 vereinbar sei. Im Verlauf sei eine weitgehende Konsolidation der Fraktur vorhanden (Suva-act. 127). Im Auftrag der Suva (vgl. Suva-act. 129) führte Prof. M.____ am 8. Mai 2017 eine CT des rechten Fusses durch und beurteilte, es liege eine ausgeprägte Osteopenie im Frakturbereich mit noch nachweisbarem nicht-disloziertem, feinem Frakturspalt vor. Formal handle es sich um eine verzögerte Frakturheilung. Es liege eine für das Alter auffallende, übermässige allgemeine Osteopenie des gesamten Fuss skeletts, jedoch ohne Hinweise auf eine Progression im Vergleich zur Voruntersuchung vom 27. Juli 2015 vor. Im Verlauf bestehe eine etwas progrediente Arthrose im Chopart-Gelenk II (Suva-act. 132).

B.g Dr. med. O.____, Facharzt für Chirurgie, Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin der Suva, beurteilte am 31. Mai 2017, der Status quo sine sei bezüglich des rechten Fusses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 25. Januar 2016 erreicht gewesen. Die Beschwerden im Bereich des linken Fusses seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25. Mai 2015 zurückzuführen, auch eine Teilkausalität bestehe nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Suva-act. 133).

B.h Die Suva gewährte dem Rechtsvertreter der Versicherten am 1. Juni 2017 das rechtliche Gehör zum neuen Aktenstand (Suva-act. 134), worauf sich dieser nicht vernehmen liess. Mit Entscheid vom 3. Juli 2017 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 135).

B.i Die IV-Stelle sprach der Versicherten mit Verfügung vom 21. August 2017 für die Dauer einer Umschulung vom 24. August 2017 bis 7. Februar 2021 ein Taggeld zu (Suva-act. 136).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Juli 2017 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Pedergrana, die vorliegende Beschwerde vom 4. September 2017. Sie beantragte darin dessen Aufhebung und dass die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten sei,



ihr bis auf Weiteres (allenfalls bis zum Beginn der Umschulung durch die Invalidenversicherung) die erforderlichen Taggeldleistungen zu erbringen. Eventualiter seien die Unfallkausalität der gesundheitlichen Einschränkungen und deren Ausmass durch ein gerichtliches Gutachten festzustellen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerden am Fuss links nicht unfallkausal seien, akzeptiere sie. Bezüglich des rechten Fusses habe kein krankhafter Vorzustand bestanden und es liege kein Status quo sine vor (act. G1).

C.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 3. Juli 2017. Sie machte geltend, das Ereignis vom 25. Mai 2015 erfülle den Unfallbegriff nicht und es liege keine unfallähnliche Körperschädigung vor, weshalb die Leistungspflicht zum vornherein entfalle. Eventualiter bleibe die Leistungseinstellung per 15. Februar 2016 infolge Eintritts des Status quo sine korrekt (act. G3).

C.c Mit Replik vom 10. November 2017 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten und ausführen, es habe sich beim Ereignis vom 25. Mai 2015 um einen Unfall gehandelt. Bezüglich des Hergangs des Ereignisses sei auf die Aussagen der ersten Stunde abzustellen (act. G7).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 12. Dezember 2017 auf die Einreichung einer umfassenden Duplik (act. G9).

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 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Streitig und vorliegend zu prüfen ist vorerst, ob es sich beim Ereignis vom 25. Mai 2015 um einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 1 UVG bzw. Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 UVV handelte. Nachdem die Beschwerdegegnerin bis 15. Februar 2016 Leistungen erbracht hatte (vgl. Suva-act. 135), stellte sie sich in ihrer Beschwerdeantwort auf den Standpunkt, es liege weder ein Unfallereignis noch ein unfallähnliches Ereignis vor. Auf die Rückforderung der erbrachten Leistungen verzichtete sie (act. G3). Diese Vorgehensweise wäre insofern nicht zu beanstanden, als der Unfallversicherer gemäss BGE 130 V 380 die Möglichkeit hat, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeldern anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision (vgl. dazu Art. 53 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen. Dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor. Selbst wenn man davon ausginge, dass ein Rückkommenstitel notwendig wäre, ist festzuhalten, dass - wie sich nachfolgend ergibt -, nachdem die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 25. Mai 2015 als Unfall anerkannt hatte, eine neue erhebliche Tatsache bekannt wurde und der Unfallbegriff daher i.S.v. Art. 53 Abs. 1 ATSG ohnehin frei zu überprüfen ist (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 53 Rz 41).

2.1 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Wenn eine bestimmte Einwirkung am eigenen Körper absichtlich vorgenommen bzw. herbeigeführt wird, liegt kein Unfallereignis vor. Als absichtliches Handeln wird dabei grundsätzlich sowohl das vorsätzliche als auch das eventualvorsätzliche Vorgehen betrachtet. Die Absicht muss sich auf die Folge des Unfallereignisses, nicht jedoch auf dieses selbst beziehen. Es ist dort ein Unfall anzunehmen, wo das Ereignis absichtlich vorgenommen wurde, sich die Absicht



hingegen nicht auf die in der Folge eingetretene Schädigung bezog. Zu denken ist etwa an einen Sachverhalt, wo jemand absichtlich von einer Mauer springt und sich dabei unabsichtlich einen Bruch des Sprunggelenks zuzieht (Kieser, a.a.O., Art. 4 Rz 21 f. mit Hinweisen; vgl. André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 19).

2.2 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat er in Art. 9 Abs. 2 UVV Gebrauch gemacht. So sind gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV die abschliessend (vgl. BGE 116 V 140 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen) aufgeführten Körperschädigungen (Art. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV), sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt. Es handelt sich dabei um Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Das bei einem Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG vorausgesetzte Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors ist bei den unfallähnlichen Körperschädigungen nicht erforderlich. Hingegen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in BGE 129 V 467 E. 2.2 seine Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 43 bestätigt, wonach mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit auch bei den unfallähnlichen Körperschädigungen die übrigen Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs - fehlende Absicht, äusserer Faktor, Plötzlichkeit, Schädigung - erfüllt sein müssen.

2.3 Die leistungsansprechende Person muss die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens glaubhaft machen. Zur Glaubhaftmachung genügt es nicht, einen Gesundheitsschaden nachzuweisen, der möglicherweise auf ein Unfallereignis zurückgehen könnte, sondern es müssen über das konkrete Geschehen wahre, genaue und wenn möglich ins Einzelne gehende Daten namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Umstände des Ereignisses ein Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuklären. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Zu diesem Zweck hat es den Sachverhalt von Amtes wegen zu untersuchen, kann



aber die Mitwirkung der Parteien beanspruchen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 2 ff., N. 20; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 29; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. dazu Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.: Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Sozialversicherungsrecht, die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht).

2.4 Damit beurteilt werden kann, ob der Vorfall vom 25. Mai 2015 einen Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis im Rechtssinn darstellt, ist vorweg festzulegen, wie sich das Geschehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ereignet hat. Im Bericht über die Notfallkonsultation vom 25. Mai 2015 im Spital C.____ ist als Anamnese festgehalten "Selbstvorstellung nach Supinationstrauma OSG rechts heute Nachmittag gegen 4 Uhr beim Treppen hinuntergehen". Die Arbeitgeberin meldete der Beschwerdegegnerin am 18. Juni 2015, die Beschwerdeführerin habe im Haus schnell zur Haustüre gewollt und sei dabei mit dem Fuss gegen eine Stufe im Gang gestossen (Suva-act. 1). Am 16. September 2015 gab die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin an, sie sei zu Hause die Treppe hoch gerannt und auf der letzten Stufe gestolpert, weshalb sie dann mit der rechten Fussspitze in ein Regal "geknallt" sei (Suva-act. 16). Ähnliche Sachverhaltsdarstellungen sind auch in weiteren aktenkundigen Berichten wiedergegeben (vgl. Suva-act. 25, 38, 51, 65). In den erst am 17. Januar 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Verlaufseinträgen von Dr. D.____ findet sich jedoch eine abweichende Schilderung. Am 29. Mai 2015 gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. D.____ an, sie habe aus Wut mit dem rechten Vorfuss mit dorsal extendierten Zehen gegen eine Türe geschlagen. Am 5. Juni 2015 führte sie sodann aus, der im Bericht des Spitals C.____ festgehaltene Unfallmechanismus stimme nicht. Sie habe damals Angst gehabt, die Wahrheit zu sagen, da sie aus Wut gegen eine Türe getreten habe. Weiter hielt Dr. D.____ fest, die Beschwerdeführerin sei gestresst, dünnhäutig, emotional und habe Wutausbrüche (Suva-act. 115). Entsprechend der Zuweisung der Hausärztin ist im Bericht über das MRI vom 11. Juni 2015 ein Zustand nach Fussstoss mit dorsal extendierten Zehen in eine Türe festgehalten (Suva-act. 14).



Auch gegenüber Dr. J.____ gab die Beschwerdeführerin an, sie habe mit dem rechten Fuss gegen eine Tür getreten (Suva-act. 112). Wie die Parteien zu Recht vorbringen, sind die Aussagen der ersten Stunde in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (act. G3, G7, BGE 121 V 45, E. 2a). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin jedoch am 29. Mai 2015, mithin nur vier Tage nach dem fraglichen Ereignis, gegenüber ihrer behandelnden Hausärztin einen von der ursprünglichen Schilderung abweichenden Vorgang beschrieben. Am 5. Juni 2015 hat sie sodann explizit eingeräumt, die Angabe gegenüber den erstbehandelnden Ärzten des Spitals C.____ sei falsch gewesen (vgl. Suva-act. 115). Obwohl in den nachfolgenden medizinischen Berichten mehrheitlich die ursprüngliche Version wiederholt wurde, ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Sachverhalt so zugetragen hat, wie er am 29. Mai 2015 von Dr. D.____ festgehalten wurde.

2.5 Zu prüfen ist im Folgenden, ob mit dem sich aus Erwägung 2.4 ergebenden Sachverhalt der Unfallbegriff erfüllt ist. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob die Verletzung absichtlich oder zumindest eventualvorsätzlich herbeigeführt wurde. Die Beschwerdeführerin schlug aus Wut mit dem rechten Fuss gegen eine Türe. Ein solcher "Wuttritt" oder eine vergleichbare - im Ergebnis möglicherweise selbstschädigende - Handlung tritt nach der allgemeinen Lebenserfahrung im Zustand emotionaler Agitiertheit, also fast anfallsmässig und meist reaktiv, auf. Der Tritt der Beschwerdeführerin ist damit nicht als unverständliche oder inadäquate Handlung zu betrachten, zu solchen kommt es im Gegenteil bei Wut nicht selten. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem damals emotional aufgewühlten Zustand nicht ernsthaft mit einer möglichen Schädigung rechnete oder diese billigend in Kauf nahm. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin unter einer Osteopenie leidet. Gemäss der am 26. Januar 2016 erstellten Beurteilung von Dr. G.____ ist davon auszugehen, dass die Fraktur bei einer normalen Knochenstruktur mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht zustande gekommen wäre (Suva-act. 83). Auch die behandelnde Ärztin der Klinik H.____ befand, das Unfallereignis sei für das Ausmass der Verletzung ziemlich gering gewesen. Es sei zu überlegen, ob gegebenenfalls eine Vitamin D-Stoffwechselstörung vorliege (Suva-act. 51). Die relative Schwere der erlittenen Verletzungen ist folglich kein Beleg für einen besonders starken Tritt, der an



Intensität den Rahmen des bei Wut Nachvollziehbaren übersteigen würde. Insgesamt ist damit kein absichtliches oder eventualvorsätzliches Handeln nachgewiesen. Da die übrigen Voraussetzungen unbestritten und aktenmässig ausgewiesen erfüllt sind, ist das Vorliegen eines Unfallereignisses zu bejahen.

3.

Weiter ist der Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin über den 15. Februar 2016 hinaus anhaltend geklagten Beschwerden an der rechten unteren Extremität und dem Ereignis vom 25. Mai 2015 sowie gestützt darauf das allfällige Andauern der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu prüfen. Inzwischen nicht mehr umstritten und aktenmässig ausgewiesen ist die fehlende Unfallkausalität der Beschwerden am Fuss links sowie allfälliger psychischer Einschränkungen (vgl. act. G1, Suva-act. 83, 133).

3.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., 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 und 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 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SRV 2000 UV Nr. 14 S. 45).

3.2 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd 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 EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast 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; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206



S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3).

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf versicherungsinterne medizinische Beurteilungen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465).

4. Der angefochtene Einspracheentscheid stützt sich in medizinischer Sicht vorwiegend auf die Einschätzungen der Kreisärzte Dr. O.____ und Dr. G.____ (Suva-act. 83, 133, 135). Die Beschwerdeführerin spricht diesen die Beweiskraft ab und hält ihnen davon abweichende medizinische Beurteilungen entgegen (act. G1, G7).

4.1 Bei der Beschwerdeführerin liegen diverse unfallfremde gesundheitliche Beeinträchtigungen vor. Sie leidet unter einer generalisierten, also nicht auf die rechte untere Extremität beschränkten, Osteopenie (vgl. Suva-act. 73, 125). Diese ist gemäss anamnestischen Angaben familiär bedingt (vgl. Suva-act. 73, 133) und laut plausibler Beurteilung von Dr. O.____ überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal (Suva-act. 133). Weiter bestand im Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik Bellikon im



Dezember 2015 ein offensichtlich unfallfremder Mangel am für den Knochenaufbau wichtigen Vitamin D (Suva-act. 73). Ausserdem besteht bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter Knick-Senkfuss beidseits (Suva-act. 112). Dr. O.____ beurteilte, ein Knick-Senkfuss entspreche einer in der Kindheit erworbenen Deformität, die meist Folge einer statischen Insuffizienz sei. Der Befund sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal (Suva-act. 133). In der medizinischen Literatur wird zwar auch der Erwerb der Deformität durch Vorschädigung oder infolge Überbeanspruchung beschrieben (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1394, Stichwort Pes valgus). Die an beiden Füßen der Beschwerdeführerin gleichermassen vorhandene Deformität spricht jedoch gegen eine Unfallkausalität. Der von Dr. J.____ beschriebene Hohlfuss (Pes excavatus) rechts ist gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. O.____ (mit Ausnahme von hier nicht vorliegenden Folgen einer Lähmung oder anderer Nervenschäden) ebenfalls eine angeborene Deformität, welche nicht durch eine vermehrte Muskelspannung oder ein Hinken zu erreichen ist. Ausserdem war in der Dr. O.____ vorliegenden Bildgebung kein Hohlfuss objektivierbar (Suva-act. 133, Suva-act. 112).

4.2 Beim Unfall erlitt die Beschwerdeführerin unbestritten eine schräg verlaufende Os naviculare-Fraktur (Suva-act. 14). Dabei handelte es sich um eine nicht bzw. allenfalls minim dislozierte Fraktur (vgl. Suva-act. 14, 127, 133). Auch der Umstand, dass die initial erstellten Röntgenbilder keinerlei Fraktur zeigten, spricht gemäss der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. O.____ gegen eine relevante Dislokation der Fraktur (Suva-act. 133, vgl. Suva-act. 123). Die Fraktur wurde erst durch ein am 11. Juni 2015 erstelltes MRI dokumentiert (Suva-act. 14). Am 27. Juli 2015, mithin rund zwei Monate nach dem Unfall, wurde eine CT des Fusses rechts durchgeführt. Die zuständigen Ärzte des Spitals C.____ befanden, es lägen deutliche Zeichen der enostalen Knochenreparation vor, der ehemalige Frakturspalt sei nur noch als feine Mehrsklerosierung sichtbar. Im Übrigen bestehe bei erheblicher Inaktivitätsosteopenie ein altersentsprechender, unauffälliger ossärer Befund ohne Nachweis weiterer knöcherner Verletzungen. Der Verlauf sei regelrecht (Suva-act. 13). Ein MRI vom 2. September 2015 ergab sodann ein Restödem. Dr. med. F.____, Oberarzt mbF Radiologie, Spital C.____, beurteilte, ein solches könne bis zu sechs Monate (nach Unfall) als normal angesehen werden. Auffallend sei eine fleckige Knochenstruktur im Sinne einer Inaktivitätsosteopenie (Suva-act. 11). Die von Dr. G.____ veranlasste



Röntgenuntersuchung vom 12. Oktober 2015 ergab einen scharf begrenzten Knochendefekt im Os naviculare sowie eine deutlich osteopore Knochenmatrix des rechten Fusses (Suva-act. 44). Ein weiteres MRI vom 25. Januar 2016 zeigte sodann lediglich kleinste Frakturresiduen im Bereich des Os naviculare kranioventral mit dort kleiner Konturunregelmässigkeit und vermutlich noch kleinster posttraumatischer Zyste im Ausmass von ca. 2-3mm. Teilweise fänden noch sehr diskrete Umbauprozesse statt, auch im Os naviculare, welche aber nur in der flüssigkeitsempfindlichen Sequenz nachweisbar seien (Suva-act. 82). Kreisarzt Dr. G.____ schloss am 26. Januar 2016 überzeugend, die ehemalige Os naviculare-Fraktur zeige sich konsolidiert. Es bestünden keinerlei Beschwerden im Bereich des Os naviculare oder des Lisfranc-Gelenks. Über acht Monate nach banalem Trauma seien die Unfallfolgen geheilt (Suva-act. 83). Auch Kreisarzt Dr. O.____ stellte sich am 31. Mai 2017 auf den Standpunkt, am 25. Januar 2016 sei die Frakturheilung nahezu abgeschlossen gewesen. Eine Instabilität als Zeichen einer noch nicht abgeschlossenen Frakturheilung würde zu einem - vorliegend nicht vorhandenen - Knochenmarksignal führen (Suva-act. 133). Prof. M.____ hatte am 8. Mai 2017 eine CT des rechten Fusses durchgeführt und beurteilt, es liege im Frakturbereich noch ein nachweisbarer, nicht-dislozierter, feiner Frakturspalt vor. Formal handle es sich um eine verzögerte Frakturheilung (Suva-act. 132, vgl. Suva-act. 127). Auch Dr. J.____ und prakt. med. K.____ berichteten über einen protrahierten Heilungsverlauf nach Fraktur des Os naviculare (Suva-act. 112). Wie Dr. O.____ jedoch nachvollziehbar festhielt, wären bei noch nicht abgeschlossener Frakturheilung Beschwerden im Bereich des Os naviculare rechts zu erwarten (Suva-act. 133). Solche beschrieben aber weder Dr. G.____ (vgl. Suva-act. 83), noch Dr. J.____ und prakt. med. K.____ (vgl. Suva-act. 112). Gemäss Dr. O.____ widerspricht die Angabe von Prof. M.____, wonach "der nicht-dislozierte extraartikuläre Frakturspalt noch knapp erkennbar" sei (vgl. Suva-act. 132), der Einstufung der Fraktur als knöchern konsolidiert nicht (Suva-act. 133-15). Spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Februar 2016 war die Fraktur des Os naviculare damit überwiegend wahrscheinlich soweit ausgeheilt, dass diese an sich keine relevanten Beschwerden mehr verursachte. Weiter zu prüfen sind jedoch allfällige Beschwerden im Bereich der Sehnen und des Tarsaltunnels.

4.3 Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten ein OSG Distorsionstrauma Grad II (Suva-act. 116). Das am 11. Juni 2015 durchgeführte MRI



bzw. Röntgenbild ergab unter anderem eine Distorsion der am lateralen Fragment ansetzenden, kontinuierlich erhaltenen Tibialis-posterior-Sehne sowie einen Zustand nach Distorsion der Peroneussehne in den distalen Anteilen (Suva-act. 14). Diese rund zwei Wochen nach dem Unfall vom 25. Mai 2015 festgestellten Sehnenschädigungen waren unbestritten kausal auf diesen zurückzuführen. Umstritten ist jedoch die Unfallkausalität des erst am 29. April 2016 als Verdachtsdiagnose festgestellten Tarsaltunnelsyndroms bzw. der Tendinopathie (vgl. Suva-act. 104). Dr. O.____ stellte sich am 31. Mai 2017 entsprechend der bereits am 26. Januar 2016 von Dr. G.____ vertretenen Ansicht auf den Standpunkt, der Status quo sine sei am 25. Januar 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht gewesen. Dr. O.____ befand, die mehrere Monate nach dem angeschuldigten Ereignis aufgetretene Tendinopathie der Tibialis posterior-Sehne des rechten Fusses sei nicht überwiegend Folge des Unfallereignisses. Er begründete nachvollziehbar, mit der MR-Untersuchung vom 11. Juni 2015 sei zwar eine Signalsteigerung im Bereich des Ansatzes der Sehne am Os naviculare dokumentiert worden, diese habe aber bereits bei der MR-Untersuchung vom 2. September 2015 nicht mehr bestanden (Suva-act. 133-16, vgl. Suva-act. 11). Als weiteres Argument führte Dr. O.____ an, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung seien bei der klinischen Untersuchung keine Beschwerden im Bereich des Os naviculare mehr beschrieben und die Fraktur bildgebend konsolidiert gewesen (Suva-act. 133). Die Beschwerdeführerin hatte am 25. Januar 2016 gegenüber Dr. G.____ angegeben, sie habe keine Beschwerden mehr im Bereich der ehemaligen Fraktur, verspüre aber Druckschmerzen im Bereich Metatarsale I bis IV. Nach langem Gehen habe sie Schmerzen von der Fussinnenseite plantar seitlich bis zum Malleolus medialis dorsalseits. Letzteres entspreche dem Verlauf der Tibialis posterior-Sehne (Suva-act. 83). In ihrer Replik liess die Beschwerdeführerin vorbringen, es sei bekannt, dass Schmerzen von den Patienten nicht immer dort gespürt würden, wo ihre Ursache liege. Der nervus tibialis sei offensichtlich der hauptversorgende Nervenast der gesamten Fusssohle und die Schmerzlokalisation damit unsicher (act. G7). Ein Zusammenhang zwischen der relativ kurz nach dem Unfall diagnostizierten Distorsion der Tibialis-posterior-Sehne und dem erstmals am 29. April 2016 durch Ärzte der Klinik H.____ als Verdachtsdiagnose erhobenen Tarsaltunnelsyndroms erscheint zwar möglich. Im genannten Bericht vom 29. April 2016 wird jedoch im Kontext mit der festgestellten Reizung (wohl im Bereich des Tarsaltunnels) eine Überlastung des rechten Fusses



aufgrund der (unfallfremden) Teilbelastung des linken Fusses erwähnt (Suva-act. 104). Am 30. Oktober 2015 bzw. 12. Januar 2016 hatten die zuständigen Ärzte der Klinik H.____ noch beurteilt, bezüglich der Beschwerden in der Lisfranc-Linie auf der rechten Seite scheinbar lediglich eine funktionelle Störung vorzuliegen bzw. die Beschwerden auf der rechten Seite schienen lediglich von einer Verspannung der Fussbinnenmuskulatur herzurühren (Suva-act. 51, 77). Dr. G.____ hielt am 1. Februar 2016 zusammenfassend fest, die Tendinopathie am rechten Fuss sei zwar "als mögliche Ursache in einer Überlastung erklärbar, jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ursache einer kleinen Fraktur vom Os naviculare vom 25. Mai 2015 zu sehen" (Suva-act. 83). Dabei muss es sich offensichtlich um einen Fehler bzw. eine redaktionelle Unachtsamkeit handeln. Die Aussage ist dahingehend zu interpretieren, als die Tendinopathie möglicherweise mit einer Überlastung des rechten Fusses zu erklären, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall verursacht worden sei. Dr. J.____ und prakt. med. K.____ begründeten die noch bestehenden Beschwerden am Fuss rechts im Wesentlichen mit einer Fehlbelastung bzw. einer funktionellen Insuffizienz der fersenstabilisierenden Muskelgruppen medialseitig (Suva-act. 112). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Fehlbelastung gemäss der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. O.____ auf unfallfremde Ursachen, nämlich die Knick-Senkfuss-Deformität und die Rückfuss-Instabilität mit Rückfuss-Valgus, zurückzuführen ist (vgl. Suva-act. 133-12 f., 133-15). Insgesamt ist eine Teilkausalität des Unfalls bezüglich der rund ein Jahr nach dem Unfall (29. April 2016) erstmals dokumentierten Beschwerden am Tarsaltunnel rechts bzw. der Tendinopathie denkbar. Dies ist jedoch nicht nachgewiesen. Der ähnliche Beschwerdeverlauf (vgl. u.a. Suva-act. 16, 43, 51, 73) an beiden Füßen spricht zudem gegen eine Unfallkausalität der am rechten Fuss aufgetretenen Beschwerden im Bereich der Sehnen. Es erscheint jedenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass die Beschwerden mindestens teilweise auf den Unfall zurückzuführen sind. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung, zumal sich solche nur retrospektiv zu allfälligen Ursachen äussern könnten und daher ohnehin nur eine beschränkte Beweiskraft hätten.

4.4 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, die festgestellte Arthrose sei mindestens teilweise auf den Unfall zurückzuführen. Für eine abschliessende Beurteilung sei ein



Gutachten notwendig (act. G7). Dr. O.____ führte diesbezüglich aus, bereits in der am 27. Juli 2015, also ungefähr neun Wochen nach dem Unfall, erstellten Bildgebung (vgl. Suva-act. 13) seien Veränderungen im Sinne einer beginnenden Arthrose dokumentiert. Prof. M.____ habe am 8. Mai 2017 eine im Vergleich zur Voruntersuchung leicht progrediente Arthrose im plantaren Anteil des Chopart-Gelenks beschrieben (vgl. Suva-act. 132). Da durch den Unfall keine Inkongruenz der Gelenke der Fusswurzel in der Chopart-Linie entstanden sei, sei das leichte Fortschreiten der Arthrose dort nur eine mögliche, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfalls, sondern Ausdruck des natürlichen Fortschreitens eines bereits vorbestehenden Verschleissleidens (Suva-act. 133-15). Dies erscheint vor dem Hintergrund der bereits wenige Wochen nach dem Unfall im Anfangsstadium bestehenden Arthrose und deren üblicherweise langsamen Fortschreitens plausibel.

4.5 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass die chirurgische Beurteilung von Dr. O.____ vom 31. Mai 2017 (Suva-act. 133) auf umfassender Aktenkenntnis beruht, das gesamte Leidenbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Sie entspricht zudem im Ergebnis der Einschätzung von Dr. G.____, welche auch von Dr. L.____ bestätigt wurde (Suva-act. 83, 118). Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Berichten ergeben sich keine objektiven Gesichtspunkte, welche in der Beurteilung von Dr. O.____ ausser Acht gelassen worden wären. Diese sind nicht geeignet, die überzeugende Einschätzung der Kreisärzte in Zweifel zu ziehen.

4.6 Zusammengefasst war der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. Februar 2016 erreicht.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Juli 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

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



5.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung.

Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.