



Fall-Nr.: UV 2017/87
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 22.08.2019
Entscheiddatum: 14.06.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 14.06.2019

Art. 53 Abs. 3 ATSG: Verletzung des Devolutiveffekts verneint. Art. 6 UVG: Der Beweis des Dahinfallens unfallbedingter Restfolgen in Form einer indirekten Unfallfolge, d.h. einer fehlbelastungsbedingten Gesundheitsstörung als Folge einer primären Unfallverletzung, ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2019, UV 2017/87). Beim Bundesgericht angefochten.

Entscheid vom 14. Juni 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2017/87

Parteien



St.Galler Gerichte

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer

Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Hilfsfensterbauer bei der B.____ GmbH
angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva)
gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 17. Oktober 2016 liess er durch seine



St.Galler Gerichte

Arbeitgeberin melden, er sei am 21. September 2016 auf einer Treppe gestolpert und habe sich am rechten Bein verletzt (Suva-act. 1). Die Erstbehandlung hatte am Unfalltag in der Zentralen Notfallaufnahme (nachfolgend: ZNA) des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) stattgefunden, wo röntgenologisch keine Frakturen hatten nachgewiesen werden können. Der Versicherte war mit einer De Royal-Schiene, der Anweisung auf Belastung nach Massgabe der Beschwerden und der Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 15) nach Hause entlassen worden (Suva-act. 6-2).

A.b Am 18. Oktober 2016 wurde beim Versicherten bei persistierenden Schmerzen im rechten OSG über dem medialen Malleolus eine MRT-Untersuchung im Röntgeninstitut C.____ durchgeführt, welche eine leichtest dislozierte mediale Malleolarfraktur mit Bone bruise über dem medialen Malleolus sowie vermehrter Flüssigkeit im OSG zur Darstellung brachte (Suva-act. 14). Der Versicherte wurde am selben Tag auf der ZNA des KSSG vorstellig, wo eine radiologische Zweitbefundung die Fraktur bestätigte. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine undislozierte mediale Malleolarfraktur vom 21. September 2016 bei OSG-Distorsion in Hyperextension rechts, verordneten dem Versicherten einen Vacopedstiefel und bescheinigten ihm ab 18. Oktober 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 6 f., 20).

A.c Mit Schreiben vom 19. Oktober 2016 sicherte die Suva dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 4).

A.d Anlässlich einer Untersuchung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 2. November 2016 gab der Versicherte weiterhin Schmerzen im Bereich des OSG rechtsseitig, vor allem aber auch Schmerzen im ganzen rechten Bein dorsalseitig an. Diese würden von gluteal rechts bis in den Unterschenkel rechts ausstrahlen. Sensomotorisch bestünden keine Ausfälle. Die behandelnden Ärzte leiteten eine MRT-Untersuchung der LWS in die



St.Galler Gerichte

Wege. Bezüglich der Malleolarfraktur teilten sie dem Versicherten mit, dass er den Vacomedstiefel nicht mehr benötige (Suva-act. 10). Bei der am 4. November 2016 im KSSG durchgeführten MRT-Untersuchung der Wirbelsäule konnte bei gesehener Diskushernie L5/S1 keine Nervenwurzelkompressionen ausgemacht werden (Suva-act. 13, 22). Am 15. Dezember 2016 wurde im KSSG das OSG rechts röntgenologisch angeschaut. Die mediale Malleolarfraktur zeigte eine deutliche Konsolidation (Suva-act. 21). Ärztlich bescheinigt war der Versicherte weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 9 f., 13, 19).

A.e Am 30. Januar 2017 legte die Suva den Schadenfall ihrem Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung der Kausalität der OSG- und Rückenbeschwerden zum Unfall vom 21. September 2016 und der unfallbedingten Arbeitsfähigkeit vor. In seiner Beurteilung vom 31. Januar 2017 bejahte Dr. D.____ weiterhin die Unfallkausalität der OSG-Beschwerden und schätzte die Arbeitsfähigkeit "bei nachgewiesener knöcherner Konsolidation" der Fraktur auf 50%. Eine Unfallkausalität der Rückenbeschwerden verneinte er (Suva-act. 32). Die Suva teilte dem Versicherten daraufhin mit Schreiben vom 6. Februar 2017 die Herabsetzung der Taggeldleistungen entsprechend einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab 9. Februar 2017 und die Leistungsablehnung bezüglich der Rückenbeschwerden mit (Suva-act. 34).

A.f Anlässlich einer Untersuchung vom 7. Februar 2017 diagnostizierte der behandelnde Arzt des KSSG einen Verdacht auf ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 rechts seit OSG-Distorsion am 21. September 2016 mit nicht dislozierter medialer Malleolarfraktur (Suva-act. 36), worauf der Versicherte am 9. Februar 2017 mittels Sacralblock behandelt wurde (Suva-act. 37).



St.Galler Gerichte

A.g Am 10. Februar 2017 wurde dem Versicherten von seinem Hausarzt, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt (Suva-act. 35).

A.h Am 3. März 2017 überwies Dr. E.____ den Versicherten wegen persistierender belastungsabhängiger Schmerzen im Bereich des medialen Malleolus für eine Reevaluation ins KSSG (Suva-act. 42).

A.i Anlässlich eines Telefongesprächs vom 7. März 2017 mit der Suva teilte die Ehefrau des Versicherten mit, ihr Mann könne die Arbeit wegen der Fussbeschwerden rechts nicht zu 50% aufnehmen. Bezüglich der Rückenbeschwerden gehe es ihm jedoch wieder besser und es bestehe diesbezüglich keine Arbeitsunfähigkeit mehr (Suva-act. 40).

A.j Am 9. März 2017 beurteilte Dr. D.____ die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit des Versicherten vom 31. Januar 2017 bis 9. März 2017 auf 50%, aktuell auf 75% und ab 1. April 2017 auf 100% (Suva-act. 41). Die Suva teilte dem Versicherten darauf mit Schreiben vom 10. März 2017 eine entsprechende Taxation des Taggeldes mit. Die unfallbedingten Behandlungskosten betreffend den rechten Fuss übernehme sie weiterhin (Suva-act. 43).

A.k Am 30. März 2017 fand im KSSG die Reevaluation hinsichtlich der weiterhin bestehenden Beschwerden im Bereich der rechten unteren Extremität statt. Eine Röntgenuntersuchung zeigte nun eine in anatomischer Position vollständig konsolidierte Malleolarfraktur rechts. Aufgrund der klinischen Untersuchung diagnostizierten die untersuchenden Ärzte indessen eine Plantarfasziitis Fuss rechts mit verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur mit/bei konservativer Therapie einer initial



St.Galler Gerichte

verspätet diagnostizierten undislozierten medialen Malleolarfraktur rechts vom 21. September 2016. Der Versicherte sei durch die Plantarfasziitis so sehr gestört, dass er nicht arbeitsfähig sei (Untersuchungsbericht vom 3. April 2017, Suva-act. 45; vgl. auch Suva-act. 48).

A.I Über eine Untersuchung des Versicherten vom 27. April 2017 berichteten die Ärzte des KSSG am 2. Mai 2017, dass ihn die Schmerzen mittlerweile stark psychisch belasten würden. Bis zur Beurteilung der Schmerzen im Schmerzzentrum sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sinnvoll (Suva-act. 51).

A.m Nach einer kreisärztlichen Beurteilung der Unfallkausalität der Plantarfasziitis rechts durch Dr. D.____ vom 10. Mai 2017 bzw. der Verneinung der Unfallkausalität (Suva-act. 52) verfügte die Suva am 12. Mai 2017 die sofortige Einstellung der Versicherungsleistungen (Suva-act. 54).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 16. August 2017 durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, St. Gallen, Einsprache erheben und ein Schreiben von Dr. E.____ vom 27. Juli 2017 einreichen (Suva-act. 66).

B.b Nach Einholung einer Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. D.____ (Suva-act. 69) lehnte die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 28. September 2017 ab (Suva-act. 70).

C.



C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 28. September 2017 erhob Rechtsanwalt Zahner für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 26. Oktober 2017 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei vollumfänglich aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Leistungen nach UVG auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

C.b In Ergänzung der Beschwerde reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 18. Dezember 2017 einen Sprechstundenbericht von Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Fusszentrum, Orthopädie G.____, vom 30. November 2017 ein (act. G5, G5.1).

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2018 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. G7) und reichte eine Beurteilung von Dr. med. H.____, Facharzt Chirurgie und Unfallchirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, vom 4. Januar 2018 ein (Suva-act. 85).

C.d Mit Replik vom 24. Januar 2018 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen gemäss Beschwerdeschrift fest (act. G10).

C.e Mit Schreiben vom 22. Februar 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer umfassenden Duplik (act. G12).

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

2.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), 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). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers 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 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 Adäquanzt 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). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser 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 Rz. 58 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2007, 8C_354/2008, E. 2.2).

2.2 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht. 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 (BGE 135 V 465). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass reine Beurteilungen aufgrund der Akten beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1).

3.

Vorliegend steht unstreitig fest, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 21. September 2016 ursprünglich anerkannt und für ausgewiesene Arbeitsunfähigkeiten und durchgeführte Heilbehandlungen Taggeld- bzw. Heilkostenleistungen gewährt hat. Sie verneint jedoch ihre Leistungspflicht in Bezug auf einen Taggeldanspruch des Beschwerdeführers ab 1. April 2017 und einen solchen auf Heilbehandlung ab Datum der Verfügung (12. Mai 2017; Suva-act. 54 in Verbindung mit Suva-act. 43). Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu beurteilen ist die Unfallkausalität bzw. das Andauern der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 31. März 2017 hinaus für Taggeld (Suva-act. 45, 51, 53) und über den 12. Mai hinaus für Heilbehandlung (Suva-act. 71, 84) im Zusammenhang mit dem rechten OSG. Einig sind sich die Verfahrensparteien darin, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 21. September 2016 keine Rückenverletzung erlitten hat und die im Bereich seiner LWS radiologisch erhobenen strukturellen



Gesundheitsschäden degenerativer Natur sind (vgl. Suva-act. 22, 36). Entsprechend macht er diesbezüglich keine Leistungsansprüche geltend.

4.

4.1 Vorliegend liess die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt zunächst wiederholt durch ihren Kreisarzt Dr. D.____ prüfen (Kurzbeurteilungen vom 31. Januar [Suva-act. 32], 9. März [Suva-act. 41] und 10. Mai 2017 [Suva-act. 52]) und verneinte ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 12. Mai 2017 (Suva-act. 54) bzw. angefochtenem Einspracheentscheid vom 29. September 2017 (Suva-act. 70) gestützt auf dessen neuerliche Beurteilung vom 19. September 2017 (Suva-act. 69). Nach Beschwerdeerhebung, d.h. zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2018 (act. G7), reichte sie die chirurgische Beurteilung von Dr. H.____ vom 4. Januar 2018 (Suva-act. 85) zu der ihm gestellten Kausalitätsfrage ein. Es ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit diesem Vorgehen das Prinzip des Devolutiveffekts verletzt hat.

4.2 Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ATSG Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt wird jedoch der Devolutiveffekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiederwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Versicherungsgerichts, über das in der angefochtenen Verfügung bzw. im angefochtenen Entscheid geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert die Verwaltung die Herrschaft über den Streitgegenstand und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG). Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des



Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen. Die gegenteilige Auffassung hat eine Vermengung von Verwaltungs- und erstinstanzlichem Beschwerdeverfahren zur Folge. Es bliebe diesfalls unklar, welchen beweisrechtlichen Regeln die pendente lite durch die Verwaltung angeordneten Abklärungsmassnahmen unterworfen sind und überhaupt, wie sich die Rechtsstellung der versicherten Person im Verfahren bestimmt. Eine solche Prozessgestaltung weckt auch deswegen Bedenken, weil damit allfällige Versäumnisse der Verwaltung bezüglich ihres gesetzlichen Abklärungsauftrags korrigiert würden und dem Rechtsmittelverfahren im Ergebnis eine Ersatzfunktion für die administrative Untersuchungspflicht überbunden würde (vgl. BGE 136 V 5 E. 2.5, 127 V 231 f. E. 2b/aa mit Hinweisen).

4.3 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht sollte gemäss Art. 61 lit. a ATSG einfach und rasch sein. Die anzustrebende Raschheit des Verfahrens schliesst es aus, dass die Verwaltung während des kantonalen Verfahrens umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen tätigt. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des Prozesses kann der Versicherungsträger im Weiteren rechtsprechungsgemäss keine Abklärungsmassnahmen treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweisen auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb).

4.4 Bei der 15-seitigen chirurgischen Beurteilung von Dr. H.____ handelt es sich zwar um eine umfassende und umfangreiche Stellungnahme (Suva-act. 85). Die



Beschwerdegegnerin hat jedoch den massgeblichen medizinischen Sachverhalt bereits vor Erlass ihrer Verfügung und des angefochtenen Einspracheentscheids durch ihren Kreisarzt Dr. D.____ abklären lassen, dessen ärztliche Beurteilung vom 19. September 2017 (Suva-act. 69) mit umfassender Anamnese und medizinischer Beurteilung ebenfalls als ausführlich bezeichnet werden kann. Der Beschwerdegegnerin kann damit nicht vorgeworfen werden, sie habe die notwendigen Abklärungsmassnahmen in ein späteres Verfahren verschoben. Die interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung durch Dr. H.____ wurde sodann ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers erstellt und hat keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer in einer Ergänzung der Beschwerde einen neuen Bericht von Dr. F.____ vom 30. November 2017 (act. G 5.1) vorgelegt, der eine Beurteilung der Kausalitätsfrage der Fasciitis plantaris und der verkürzten Gastrocnemius-Muskulatur beinhaltet, was wiederum eine versicherungsinterne ärztliche Überprüfung durch die Beschwerdegegnerin als sachgerecht erscheinen lässt. Die Einholung der fraglichen Beurteilung war mithin zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.5, und 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5). Die Aktenbeurteilung von Dr. H.____ wurde dem Beschwerdeführer bzw. dessen Rechtsvertreter zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt und er konnte sich im Rahmen der Replik dazu äussern, weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Ausserdem hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Replik vom 24. Januar 2018 (act. G10) nicht zum Ausdruck gebracht, dass er im Falle der Feststellung einer Verletzung des Devolutiveffekts die versicherungsmedizinische chirurgische Beurteilung von Dr. H.____ vom 4. Januar 2018 aus dem Recht gewiesen haben möchte bzw. dass er einer Aufhebung des Einspracheentscheids und der Rückweisung zur Durchführung eines korrekten Verfahrens gegenüber einem materiellen Entscheid den Vorzug geben würde. So ist die chirurgische Beurteilung von Dr. H.____ vom 4. Januar 2018 im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen, was auch aus verfahrensökonomischen Gründen als gerechtfertigt erscheint.



Nachfolgend ist materiell-rechtlich zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls vom 21. September 2016 für die über die Leistungseinstellung per 1. April 2017 (Taggeld) bzw. 13. Mai 2017 (Heilbehandlung) hinaus bestehende - zu einer Arbeitsunfähigkeit führende und behandelte - Fussproblematik rechts mit den versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. H.____ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht hat.

6.

6.1 Aus den medizinischen Akten geht unbestrittenermassen hervor, dass die vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 21. September 2016 erlittene nicht dislozierte mediale Malleolarfraktur OSG rechts (Suva-act. 6, 14) bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen verheilt war und radiologisch auch keine sekundären strukturellen Unfallrestfolgen derselben erhoben worden sind, welche eine fortdauernde Leistungspflicht begründen würden (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]). So ergab eine Röntgenuntersuchung im KSSG vom 30. März 2017 im Vergleich zu den Voraufnahmen (vgl. Suva-act. 21) keinen Hinweis für sekundäre Degenerationen oder gar Dislokationen der Fraktur. Diese zeigte sich in anatomischer Position vollständig konsolidiert (Suva-act. 45, vgl. auch act. G5.1). Im Leistungseinstellungszeitpunkt werden die Beschwerden des Beschwerdeführers von den Ärzten des KSSG (Suva-act. 45) und auch von Dr. F.____ (act. G5.1) auf eine Plantarfasziitis Fuss rechts bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur zurückgeführt. Deren Beurteilung stimmt mit derjenigen von Dr. H.____ insofern überein, als die Plantarfasziitis (Suva-act. 85-11) nicht als Folge einer Traumatisierung der Plantarfaszie des rechten Fusses im Rahmen des Unfalls vom 21. September 2016 gesehen wird. Laut den Ärzten des KSSG sowie Dr. F.____ ist der fragliche Gesundheitsschaden die Folge einer konsekutiven Fehlbelastung der rechten unteren Extremität im Rahmen der verpassten und verspätet therapierten medialen Malleolarfraktur (Suva-act. 45) bzw. einer posttraumatisch eingenommenen Fehlhaltung (act. G5.1). Dass eine konkrete Funktionsstörung bzw. Fehlbelastung des Fusses Auswirkungen auf die gesamte Statik des Fusses haben und somit zu einer



Fusspathologie im Bereich einer nicht direkt traumatisch tangierten Fussesstruktur führen kann, erscheint nachvollziehbar (vgl. dazu auch Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 5. Juni 2003, U 38/01, E. 5.2.2, und 25. November 2002, U 380/00, E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C_684/2008, E. 5). Ein möglicher Zusammenhang zwischen einer Unfallverletzung und einer Fehlbelastungsfolge wird als solcher auch von Dr. D.____ und Dr. H.____ nicht in Frage gestellt, doch kommen sie in ihren Beurteilungen zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer die Plantarfasziitis Fuss rechts bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf seine beim Unfall erlittene mediale Malleolarfraktur OSG rechts zurückgeführt werden könne. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, sprechen jedoch verschiedene Gründe gegen die Zuverlässigkeit ihrer Beurteilungen. Diese reichen demnach für eine überwiegend wahrscheinliche Verneinung einer Unfallkausalität der Plantarfasziitis Fuss rechts bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur und damit eine Verneinung einer weiterdauernden Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht aus (vgl. Erwägungen 6.2 f. und 7).

6.2

6.2.1 In ihren Ausführungen diskutieren Dr. D.____ und Dr. H.____ an sich überzeugend eine Brückensymptomatik, welche einen Zusammenhang zwischen der ursprünglichen Unfallverletzung und der Plantarfasziitis Fuss rechts bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur belegen könnte, kommen indes zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine solche vorliege. Massgebend gegen eine Unfallkausalität spricht für die versicherungsinternen Ärzte eine mehrmonatige Latenzzeit zwischen dem Unfall und den an der Plantarfaszie rechts aufgetretenen Beschwerden. Konkret betrachtet es Dr. D.____ als nicht nachvollziehbar, dass eine Plantarfasziitis, wenn sie denn unfallkausal sein sollte, erst sieben Monate nach dem Unfallereignis und nicht innerhalb eines kürzeren Zeitraums auftritt (Suva-act. 69-6). Diese Würdigung der Sachlage scheint indessen gewisse Gesichtspunkte ausser Acht zu lassen und vermag nicht ohne Weiteres zu überzeugen.



6.2.2 Zwar ist einzuräumen, dass insbesondere bei primären Unfallläsionen in der Regel eine Unfallkausalität eher zu verneinen ist, je weiter das Unfallereignis zurückliegt. Gerade bei Fehlbelastungen können jedoch die Symptome im Sinne indirekter Unfallfolgen erst später auftreten (Urteil des EVG vom 22. November 2006, U 303/06, E. 6.2.1 mit Hinweisen). Bei einer indirekten Unfallfolge in Form einer fehlbelastungsbedingten Gesundheitsstörung als Folge einer primären Unfallverletzung - wie sie im konkreten Fall zur Diskussion steht - ist zu beachten, dass sich beginnend mit dem Unfall bzw. der Unfallverletzung über die Schmerzvermeidung und die damit zusammenhängende Fehlbelastung hinweg bis hin zur späteren indirekten Unfallfolge in Form eines anders gearteten Krankheitsbildes eine Entwicklung vollzieht. Dieser Vorgang bedarf Zeit. Diesem Umstand ist bei der Frage nach einer Brückensymptomatik Rechnung zu tragen. Gefordert sind Indizien, welche das Vorliegen einer traumatischen Kausalkette zwischen der ursprünglichen Unfallverletzung und dem später diagnostizierten, anders gearteten Krankheitsbild im Sinne von Ursache und Wirkung als wahrscheinlich erscheinen lassen. Ist beispielsweise eine versicherte Person nach der Heilung der Unfallverletzung längere Zeit vollkommen beschwerdefrei, ist ein Unterbruch des zeitlichen Zusammenhangs anzunehmen, der die anschliessende Entwicklung einer indirekten Unfallfolge als unwahrscheinlich erscheinen lässt.

6.2.3 Dr. D.____ bezeichnet zwar die Latenzzeit im konkreten Fall als zu lang, ohne jedoch einen Zeitraum festzulegen, in welchem sich die Fehlentwicklung vollziehen müsste. Eine entsprechende wissenschaftlich zuverlässige Definition dürfte wohl auch kaum möglich sein, da sich jeder Einzelfall erfahrungsgemäss unterschiedlich entwickeln kann. Die allgemeine Forderung eines "kürzeren Zeitraums" ist deshalb kein beweistaugliches Abgrenzungskriterium. Konkret ist zumindest festzustellen, dass eine siebenmonatige Latenzzeit im Zusammenhang mit der Entwicklung einer verkürzten Gastrocnemius-Muskulatur nicht offenkundig unrealistisch erscheint. Dabei ist - wie in Erwägung 6.2.2 dargelegt - zu bedenken, dass die siebenmonatige Latenzzeit insofern zu relativieren ist, als sie sich im konkreten Fall nicht nach dem Zeitraum zwischen dem Unfall bzw. der Unfallverletzung und dem späteren Eintreten des anders gearteten Krankheitsbildes bemisst.



6.2.4 Denn im vorliegenden Fall ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die mediale Malleolarfraktur OSG erst rund vier Wochen nach dem Unfall vom 21. September 2016 kernspintomographisch gesichert wurde, nachdem anfänglich konventionell radiologisch keine Fraktur hatte nachgewiesen werden können (Suva-act. 6, 14). Die Fraktur wurde damit während vier Wochen gar nicht wirksam behandelt. Dieser Umstand allein belegt zwar noch keinen kausalen Zusammenhang zur Plantarfasziits Fuss rechts bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur. Dennoch dürfte bereits während dieser vier Wochen bei persistierenden Schmerzen eine Fehlbelastung des rechten Fusses stattgefunden haben. Zumindest wurde beim Beschwerdeführer bei der Untersuchung im KSSG vom 18. Oktober 2016 als Befund ein Gangbild hinkend mit Teilbelastung erhoben (vgl. Suva-act. 6-2). Anschliessend folgte eine rund vierwöchige Versorgung mit einem Vacopedstiefel (Suva-act. 6-3, 20). Zwar sind das OSG, die Fusssohle bzw. Plantarfaszie und die Gastrocnemius-Muskulatur im Vacopedstiefel fixiert. Laut medizinischer Literatur kommt jedoch gerade die fehlende Mobilisierung der Muskeln und Sehnen einer Fehlbelastung gleich (vgl. ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 132). Vor diesem Hintergrund ist die Aussagekraft der Feststellung von Dr. H.____ in den medizinischen Berichten bis zum 3. April 2017 sei keine erhöhte Spannung der Gastrocnemius-Muskulatur am rechten Unterschenkel zufolge der Innenknöchelfraktur beschrieben - fraglich. Fakt ist, dass von den Ärzten des KSSG am 3. April 2017 (Suva-act. 45) und von Dr. F.____ am 30. November 2017 übereinstimmend eine Gastrocnemius-Muskulatur-Verkürzung diagnostiziert worden ist und diese eine Ursache haben muss. Dr. F.____ beschreibt in seinem Bericht vom 30. November 2017 einen Ursachenzusammenhang zur postoperativ eingenommenen Schonhaltung (act. G5.1). So sei es nachvollziehbar, dass ein Patient mit einer Fraktur des medialen Malleolus diesen schonen. Es sei auch sehr häufig bei Patienten postoperativ zu beobachten, dass eine Schonhaltung auf den lateralen Fussrand erfolge und es somit zu einer Überlastungsreaktion der Gastrocnemius-Muskulatur und der Tibialis-posterior-Sehne komme und diese dann über einen längeren Zeitraum eine Ansatzsehnen-Entzündung der Fascia plantaris verursache. Diese trete typischerweise nicht sofort nach Einnahme der Schonhaltung ein, sondern ergebe sich über einen längeren Verlauf. Die Ausführungen von Dr. F.____, wonach sich eine Gastrocnemius-



Muskulatur-Verkürzung langsam entwickelt bzw. eine solche progredient verläuft und nicht plötzlich in ihrem ganzen Umfang auftritt, vermögen insofern zu überzeugen, als es sich bei einer Gastrocnemius-Muskulatur-Verkürzung eben nicht um eine direkte, sondern um eine indirekte Folge einer Innenknöchelfraktur handelt (vgl. Erwägung 6.2.2). Nicht die Innenknöchelfraktur an sich, sondern die damit zusammenhängende Fehlbelastung führt zur Muskelverkürzung. Im Bereich der Muskeln vollzieht sich also eine Entwicklung, die irgendwann zu einer bedeutsamen Einschränkung und damit zu einer Diagnose führt. Insgesamt ist damit nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. H.____ in den im Anschluss an den Unfall erstellten medizinischen Berichten bereits die Beschreibung der Entwicklung einer Gastrocnemius-Muskulatur-Verkürzung erwartet. Dies zumal es sich bei einer solchen auch kaum um eine sich regemässig entwickelnde Gesundheitsstörung handeln dürfte.

6.2.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der dargelegte Sachverhalt (Erwägung 6.2.4) durchaus Brückensymptome aufweist und keinen bedeutsamen Unterbruch in der in Erwägung

6.2.2 genannten Kausalkette erkennen lässt.

6.3

6.3.1 An dieser Beurteilung vermag auch die im Rahmen der Kausalitätsbeurteilungen von Dr. D.____ und Dr. H.____ zentral thematisierte Wirbelsäulenproblematik des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

6.3.2 Nachdem der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung im KSSG vom 2. November 2016 über Schmerzen im Bereich des rechten Beins, von der Wirbelsäule nach distal ausstrahlend, geklagt hatte (Suva-act. 10), wurde eine MRT-Untersuchung der LWS durchgeführt. Diese brachte, wie bereits erwähnt, keine Unfallverletzung,



indessen verschiedene degenerative strukturelle Gesundheitsschäden zur Darstellung (Suva-act. 22, vgl. Suva-act. 13, 21). Obwohl die MRT-Untersuchung keinen Nachweis einer Nervenwurzelkompression erbracht hatte (Suva-act. 22), diagnostizierten die Ärzte des KSSG im Untersuchungsbericht vom 7. Februar 2017 bei einer klinisch imponierenden Radikulopathie S1 rechtsseitig einen Verdacht auf ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 rechts (Suva-act. 36). Die Verneinung einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität der Rückenschmerzen zum Unfallereignis vom 21. September 2016 durch Dr. H.____ (Suva-act. 85-13) wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt. In seiner ärztlichen Beurteilung vom 19. September 2017 (Suva-act. 69-6) betrachtete jedoch Dr. D.____ unter Berücksichtigung des Konsultationsberichts der orthopädischen Klinik des KSSG vom 16. Dezember 2016 (Suva-act. 21), mit Feststellung eines fehlenden Handlungsbedarfs bezüglich der Malleolarfraktur, die vom Beschwerdeführer in der Folgezeit nach dem 15. Dezember 2016 beklagte Beschwerdesymptomatik zu einem hohen Prozentsatz und überwiegend zu Lasten der unfallunabhängigen Wirbelsäulenproblematik mit S1-Schmerzsyndrom. Übereinstimmend mit Dr. D.____ hält auch Dr. H.____ fest, dass die Radikulopathie der S1-Wurzel rechts mit Lumboischialgie bzw. die dadurch ausgelösten Beschwerden im weiteren Verlauf im Vordergrund gestanden hätten (Suva-act. 85-13). Die beiden Ärzte gehen damit von einem Unterbruch des Kausalzusammenhangs bzw. einer fehlenden Brückensymptomatik zwischen der Malleolarfraktur und der Plantarfasziitis bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur aus. Dies würde an sich gegen eine unfallbedingte Verursachung des im Zeitpunkt der Leistungseinstellung diagnostizierten schmerzverursachenden Gesundheitsschadens sprechen (vgl. Erwägung 6.2.2). Wie die nachfolgenden Überlegungen zeigen, überzeugt jedoch ihre Schlussfolgerung nicht (vgl. Erwägung 6.3.3).

6.3.3 Anlässlich der Untersuchung im KSSG vom 2. November 2016, d.h., im Zeitpunkt als auch die LWS Gegenstand der ärztlichen Untersuchungen wurde, erhoben zwar die Ärzte in Bezug auf das OSG rechts nur geringe Befunde und die Versorgung mit dem Vacoped-Stiefel wurde als nicht mehr nötig beurteilt. Dennoch gab der Beschwerdeführer weiterhin Schmerzen im Bereich des rechten OSG an und es wurde ihm das Tragen von knöchelhohem Schuhwerk empfohlen. Eine



Vollbelastung war offenbar noch nicht empfehlenswert und dem Beschwerdeführer wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 10). Anlässlich der anschliessenden Untersuchung im KSSG vom 10. November 2016 erlaubten die Ärzte eine Mobilisation des OSG nach Massgabe der Beschwerden ohne Belastungs- respektive Kraftaufbau und gaben erneut eine physio-therapeutische Verordnung ab. Die Physiotherapie sollte auch eine Gehschule beinhalten (Suva-act. 13). Bereits aufgrund des Gesagten kann eine Fehlbelastung des OSG im Zusammenhang mit der Malleolarfraktur nicht ausgeschlossen werden. Anlässlich einer Besprechung vom 15. Dezember 2016 sagte der Beschwerdeführer sodann gegenüber der Beschwerdegegnerin aus, es seien weiterhin Schmerzen am rechten Fuss vorhanden, er könne diesen nicht voll belasten, andernfalls eine Schwellung auftreten würde. Er habe das Gefühl, dass die Schmerzen zugenommen hätten. Diese würden den Unterschenkel und Oberschenkel hinauf bis hin zum Rücken ziehen. Langes Stehen und Gehen sei ihm nicht möglich (Suva-act. 18). Die Röntgenuntersuchung des OSG rechts im KSSG vom 15. Dezember 2016 zeigte eine deutliche Konsolidation der Malleolarfraktur, weshalb die untersuchenden Ärzte diesbezüglich keinen weiteren Handlungsbedarf sahen (Suva-act. 21). Dies erscheint zwar in Bezug auf die Fraktur nachvollziehbar, doch kann daraus nicht zeitgleich auch eine Beschwerdefreiheit im Bereich des OSG abgeleitet werden, welche eine Fehlbelastung des rechten Fusses und damit die Entwicklung bzw. Förderung einer Muskelverkürzung unwahrscheinlich erscheinen liesse. So erhoben die Ärzte des KSSG insbesondere ein deutlich hinkendes Gangbild und eine deutliche Druckdolenz im Bereich der Malleolengabel und hielten im Untersuchungsbericht vom 16. Dezember 2016 fest, dass der Beschwerdeführer eine Schmerzausstrahlung vom Fuss in den Rücken angebe. Dass die Ärzte insbesondere auch die Schmerzen im Bereich des rechten Beins beobachteten und diese offenkundig mit der LWS in Verbindung brachten, schliesst eine gleichzeitige Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten OSG zufolge einer fortdauernden Fehlbelastung des rechten Fusses nicht aus. Dass in der Folge vor allem die LWS-Beschwerden therapeutisch angegangen wurden (vgl. Suva-act. 36), belegt ebenfalls nicht, dass die gesundheitliche Situation im Bereich des rechten OSG die Entstehung des im Leistungseinstellungszeitpunkt zur Diskussion stehenden Gesundheitsschadens im Bereich des rechten Fusses ausgeschlossen hätte. Die von Dr. D.____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 19. September 2017 (Suva-act. 69-4)



angeführte Tatsache, dass im Konsultationsbericht des KSSG vom 7. Februar 2017 (Suva-act. 36) ausschliesslich von der Behandlung der in das rechte Bein ausstrahlenden Wirbelsäulenbeschwerden und der allfälligen kernspintomographischen Befunde der LWS vom 4. November 2016 die Rede sei, ist jedenfalls dem Umstand geschuldet, dass man sich bei der damaligen Untersuchung mit der LWS - durchgeführt durch das Team Wirbelsäule der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG - befasste, die Betreuung der Fussproblematik hingegen durch deren Fuss-Team erfolgte. Die Beurteilung der versicherungsinternen Ärzte ist schliesslich auch deshalb nicht stichhaltig, weil der Beschwerdeführer nach Durchführung eines Sakralblocks am 9. Februar 2017 gegenüber der Beschwerdegegnerin am 7. März 2017 eine Besserung der unfallfremden Rückenbeschwerden angab, eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit verneinte und erklärte, dass er nur wegen des Fusses nicht arbeiten könne (Suva-act. 40). Ausserdem wurde er wegen persistierender belastungsabhängiger Schmerzen im Bereich des medialen Malleolus am 3. März 2017 von Dr. E. ___ für eine Reevaluation dem KSSG zugewiesen (Suva-act. 42). Am 30. März 2017 stellten die Ärzte des KSSG dann die Diagnose einer Plantarfasziitis Fuss rechts mit verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur mit/bei konservativer Therapie einer initial verspätet diagnostizierten undislozierten medialen Malleolarfraktur rechts vom 21. September 2016 (Suva-act. 45). Anzuführen ist schliesslich, dass die Malleolarfraktur erstmals anlässlich dieser Untersuchung als vollständig konsolidiert bezeichnet worden ist.

6.3.4 Insgesamt kann damit aus dem in Erwägung 6.3.3 dargelegten Verlauf die Beurteilung der versicherungsinternen Ärzte, wonach die Beschwerdesymptomatik im Anschluss an die Heilung der Malleolarfraktur nur noch einer LWS-Symptomatik und nicht der Situation des rechten Fusses zuzurechnen gewesen sei, nicht überzeugend nachvollzogen werden. Der Frage, bis wann im ganzen Verlauf die Beschwerden noch der Malleolarfraktur und ab wann bereits der Plantarfasziitis mit Muskelverkürzung zuzurechnen waren, kommt dabei keine Bedeutung zu. In beiden Fällen wäre das Vorliegen einer Unfallkausalität der Beschwerden zu bejahen.



7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. H.____ in verschiedener Hinsicht nicht überzeugen. Ihre Darlegungen vermögen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen Sachverhalt nachzuweisen, der eine indirekte Unfallkausalität der von Dr. F.____ und den Ärzten des KSSG gestellten Diagnose einer Plantarfasziitis bei Gastrocnemius-Muskulatur rechts weniger wahrscheinlich erscheinen lässt als eine unfallfremde Fussproblematik. Immerhin haben der zur Beurteilung von Fussproblemen fachlich kompetente Dr. F.____ (act. G5.1) und insbesondere auch die Ärzte des Fussteams der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG (Suva-act. 45), wo sich der Beschwerdeführer während der ganzen Zeit in Behandlung befand, eine Unfallkausalität bejaht. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Demgemäss ist die Einstellung der Versicherungsleistungen (Taggeld per 1. April 2017, Heilbehandlung per 12. Mai 2017) zu früh erfolgt und ein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen der Beschwerdegegnerin über die vorgenannten Leistungseinstellungsdaten hinaus zu bejahen.

8.

8.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 28. September 2017 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch über den 1. April bzw. 12. Mai 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 21. September 2016 zu erbringen.

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



8.3 Dem Verfahrensausgang entsprechend hat der obsiegende Beschwerdeführer 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 28. September 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, auch nach dem 1. April bzw. 12. Mai 2017 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.