



Fall-Nr.: UV 2018/79
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.01.2021
Entscheiddatum: 30.06.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 30.06.2020

Beurteilung der Rückfallkausalität von im Jahr 2018 gemeldeten Beschwerden im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks nach 2012 erlittenem Supinationstrauma des rechten Fusses. An der grundsätzlich beweiswertigen Beurteilung der Suva-Fachärzte, welche die natürliche Kausalität verneinen, entstehen durch abweichende MRI-Beurteilungen eines Röntgenologen keine wenigstens geringen Zweifel (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. Juni 2020, UV 2018/79).

Entscheid vom 30. Juni 2020

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterrinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2018/79

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.____ Genossenschaft angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsgesellschaft (Suva) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie gegen Berufskrankheiten versichert. Am 17. Dezember 2012 meldete die Arbeitgeberin der Suva, der Versicherte sei gleichentags auf einer Baustelle in C.____ von der Leiter gestürzt und habe sich dabei eine Zerrung am rechten Fussgelenk zugezogen (Suva-act. 1). Dr. med. D.____, Assistenzarzt am Departement für Chirurgie und Orthopädie des Spitals E.____, berichtete ebenfalls am 17. Dezember 2012 über die Notfallkonsultation. Der Patient sei beim Unfall auf die rechte Hand gestürzt und mit dem rechten oberen Sprunggelenk (OSG) im Sinne eines Supinationstraumas umgeknickt. Als Diagnosen hielt er eine OSG-Distorsion Grad 2 rechts und eine Handgelenkskontusion rechts fest. Das Sprunggelenk wurde in der Tarsofix-Orthese für sechs Wochen Tag und Nacht ruhiggestellt mit fakultativer Stockentlastung, am Handgelenk wurde ein Voltarensalbenverband angelegt. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 17. bis 21. Dezember 2012 attestiert und danach gemäss Hausarzt (Suva-act. 14). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung [Suva-act. 9 und 10]). Die Hausärztin des Versicherten, Dr. med. F.____, verlängerte das Arbeitsunfähigkeitsattest bis 7. Januar 2013 (Arztzeugnis UVG vom Januar 2013 [Suva-act. 16]). Ab diesem Datum bestand offenbar wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Am 10. September 2013 meldete der Versicherte der Suva telefonisch einen Rückfall (Suva-act. 24). Auf Zuweisung von Dr. F.____ war im Spital E.____ eine zunehmende und schmerzhaftes Schwellung am rechten oberen Sprunggelenk am 9. September 2013 zunächst sonographisch und röntgenologisch abgeklärt worden (Suva-act. 32); am 20. September 2013 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRI) durchgeführt (Suva-act. 33). Dabei wurde eine Teilruptur des Ligamentum fibulotalare anterius, eine



Tendovaginitis der Flexor hallucis longus-Sehne sowie der Peronealsehnen und eine Entzündungsreaktion im Sinus tarsi festgestellt (Suva-act. 49). Dr. med. G.____, stellvertretender Chefarzt Chirurgie am Spital E.____, verordnete Physiotherapie, unter welcher er eine Beschwerdelinderung in zwei bis drei Monaten erwartete. Er gab an, die Beschwerden müssten mit dem Unfall vom 17. Dezember 2012 in Zusammenhang gebracht werden (Bericht vom 21. Oktober 2013 [Suva-act. 49]). Die Suva richtete erneut die gesetzlichen Leistungen aus (Anspruchsbeginn 7. September 2013 [Suva-act. 36 und 37; vgl. auch Suva-act. 57]). Nachdem die belastungsabhängigen, durch forcierte Dorsalextension verstärkten Schmerzen weiterhin persistierten, führte Dr. G.____ am 18. März 2014 bei Verdacht auf ein Weichteilimpingement im artero-lateralen Gelenkspalt eine OSG-Arthroskopie rechts mit Narbensresektion durch (Suva-act. 80 f.). In den Sprechstundenberichten vom 5. Mai und 3. Juni 2014 hielt Dr. G.____ einen ausgeprägten Schmerzzustand OSG rechts fest und vermerkte, dass eine Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den Befunden bestehe. Elf Wochen nach dem Eingriff empfahl er der Suva, den Patienten zu beurteilen und allenfalls nach Bellikon zu überweisen (Suva-act. 86 und 98). Am 20. Juni 2014 untersuchte Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, den Versicherten und diagnostizierte therapieresistente diffuse Schmerzen OSG rechts unklarer Ätiologie. Als Differentialdiagnose erhob er eine Aggravation. Die Symptomatik könne mit klinischen Befunden nicht in Einklang gebracht werden. Es liessen sich keine pathologischen Befunde nachweisen, keine wesentliche Instabilität, keinerlei Dystrophiezeichen (Suva-act. 108). Vom 3. Juli bis 7. August 2014 war der Versicherte zur arbeitsorientierten Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon. Im Rahmen dieses Aufenthalts wurde er am 15. Juli 2014 in der Fuss-Sprechstunde an der Klinik I.____ abgeklärt. Im dort durchgeführten MRI (vgl. Suva-act. 125) konnte keinerlei Pathologie gefunden werden, welche die Beschwerden hätte erklären können. Aus orthopädischer Sicht könne keine Therapie empfohlen werden, da schlichtweg die Ursache der Beschwerden absolut unklar bleibe. Die Klinikärzte Dr. med. J.____ und med. pract. K.____ hielten im Austrittsbericht vom 11. August 2014 fest, dass eine erhebliche Symptomausweitung habe beobachtet werden können. Die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit seien zufolge Selbstlimitierung nicht erreicht worden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen. Es sei dem Versicherten zumutbar, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Hilfselektriker wie auch in anderen mittelschweren Tätigkeiten ganztags ohne Einschränkungen zu arbeiten (Suva-act. 125). Mit Schreiben vom 14. August 2014 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie die Taggeldleistungen angesichts der erwähnten Berichte auf den 17. August 2014 einstelle. Mit dem Hinweis, dass weitere medizinische



Behandlung nicht mehr notwendig sei, stellte sie auch die Versicherungsleistungen dafür auf den gleichen Zeitpunkt ein. Sie empfahl dem Versicherten, nachdem er seine Anstellung bei der B.____ Genossenschaft zwischenzeitlich verloren hatte (vgl. Suva-act. 103), sich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum zu melden (Suva-act. 124).

B.

Im Februar 2018 setzte sich der Versicherte im Zusammenhang mit der vorstehend geschilderten Fussverletzung erneut mit der Suva in Kontakt (Suva-act. 128 ff.), denn er hatte am 31. Januar 2018 seine Hausärztin, Dr. F.____, aufgesucht, welche alsdann neue Abklärungen im Spital E.____ veranlasst hatte (Suva-act. 138 und 140). Im Arztzeugnis UVG vom 18. April 2018 stellte sie sich die Frage, ob ein Rückfall zum Unfall vom 17. Dezember 2012 vorliege. Hierzu bedürfe es einer weiteren Abklärung. Sie diagnostizierte einen Zustand nach Distorsion OSG rechts. Es bestehe eine Hautrötung und Reizung und leichte Schwellung (Röntgenbefund / Dopplersonographie: keine pathologischen Befunde [Morbus Sudek], keine bildgebenden Hinweise auf Algodystrophie). Bei der Untersuchung sei starke Schmerzhaftigkeit angegeben worden. Schon der kleinste Bewegungsansatz habe heftigste Schmerzen verursacht. Dr. F.____ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 14. Januar bis 5. März 2018, danach eine solche von 40 % (Suva-act. 146). Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie vom Diagnose Zentrum M.____, erkannte im MRI vom 11. Mai 2018 moderate narbige Veränderungen am lateralen Bandapparat betreffend das Ligamentum fibulotalare anterius und fibulocalcaneare bei Status nach stattgehabten (Partial-)Rupturen; zudem etwas akzentuierte Flüssigkeit an der Flexor hallucis longus-Sehnscheide, vermutlich durch anlagebedingte Kommunikation mit dem OSG und ohne eindeutigen Krankheitswert; weiter ein anlagebedingtes Os calcaneus secundarius mit perifokal reizlosen Verhältnissen ohne unmittelbaren Krankheitswert und schliesslich eine geringe insertionsnahe Tendinopathie der Achillessehne mit diskreter peritendinitischer Reizung (Suva-act. 150). Die Suva legte das medizinische Dossier ihrem Kreisarzt Dr. med. N.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung der Rückfallkausalität vor (Suva-act. 151 und 154). In seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2018 kam er zum Schluss, dass - wie schon anlässlich der kreisärztlichen Beurteilung von vor vier Jahren - die erneut durchgeführten Abklärungen ebenfalls keine unfallkausalen Befunde ergeben hätten, die das Beschwerdebild erklären könnten. Somit sei die Rückfallkausalität nicht gegeben und aus unfallkausaler Sicht seien weder weitere Abklärungen noch weitere Behandlungsmassnahmen indiziert (Suva-act. 156). Mit Verfügung vom 27. Juli 2018 lehnte es die Suva gestützt auf diese kreisärztliche



St.Galler Gerichte

Beurteilung ab, Versicherungsleistungen für den gemeldeten Rückfall zu erbringen (Suva-act. 157).

C.

Am 16. August 2018 sprach der Versicherte bei der Suva vor und erhob Einsprache gegen die leistungsverweigernde Verfügung. Er ersuchte um nochmalige Prüfung der Rückfallkausalität (Suva-act. 165) und reichte dazu einen Nachtrag von Dr. L.____ zum MRI vom 11. Mai 2018 (Suva-act. 164) sowie eine Beurteilung dieses MRI durch den O.____-schen Facharzt für Radiologie Dr. med. P.____ ein (Suva-act. 162; gerichtlich beglaubigte Übersetzung vom 7. August 2018 Suva-act. 165). Kreisarzt Dr. N.____, dem die ergänzten Akten zur Zweitbeurteilung unterbreitet wurden, kam am 17. August 2018 zum Schluss, dass sich durch das von Dr. P.____ beschriebene ausgeprägte Ödem des Musculus hallucis longus bzw. die Tendosynovitis der beschriebenen Sehne, die kleinere retrocalcaneare Bursitis und das beginnende Tarsaltunnelsyndrom keine wesentlichen neuen Erkenntnisse ergäben. Es lägen keine unfallkausalen Pathologien vor. Somit könne auch nach der Zweitbeurteilung an der Ablehnung der Rückfallkausalität festgehalten werden (Suva-act. 167). Mit Entscheid vom 12. November 2018 wies die Suva die erhobene Einsprache ab, weil die ihr gemeldeten Fussbeschwerden nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 17. Dezember 2012 zurückgeführt werden könnten. Demzufolge sei der Anspruch auf Versicherungsleistungen mit der Verfügung vom 27. Juli 2018 zu Recht verneint worden (Suva-act. 177).

D.

Mit Schreiben vom 20. (richtig wohl: 17.) November 2018 erklärte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), dass er mit dem erwähnten Einsprachentscheid nicht einverstanden sei (Suva-act. 179). Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) übersandte das ihr zugestellte Schreiben zuständigkeitshalber dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (Suva act. 181 = act. G 0 [Akten G 1]). Innert noch laufender Beschwerdefrist ergänzte der Beschwerdeführer am 30. November 2018 seine Eingabe (act. G 3) und legte eine weitere Stellungnahme von Dr. P.____ vom 27. November 2018 zum MRI vom 11. Mai 2018 in gerichtlich beglaubigter Übersetzung vor (act. G 3.1). Am 6. Dezember 2018 stellte er zudem Antrag auf Heilbehandlung und Taggeld sowie Übernahme sämtlicher Folgekosten und Schadenersatz (act. G 5). Zur Beschwerdeantwort aufgefordert unterbreitete die Beschwerdegegnerin das Dossier dem Leiter der Fachgruppe Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin, PD Dr. med. Q.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, zur



nochmaligen Beurteilung, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden am rechten Fuss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem am 17. Dezember 2012 erlittenen Unfall stehen würden (vgl. Suva-act. 190 Einleitung). Dr. Q.____ verneinte diese Frage in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 21. Februar 2019 (Suva-act. 190 S. 7). Gestützt darauf beantragte die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Replik eingeladen, beklagte sich der Beschwerdeführer darüber, wie die Beschwerdegegnerin ihn behandle, und stellte einen Bezug zu einem früher erlittenen Unfall mit Daumenverletzung von 1997 her, bei welchem er ähnliche Erfahrungen gemacht habe. Er habe den Eindruck, als Simulant hingestellt zu werden (act. G 11). Zu diesem früheren Unfall reichte er unter anderem Korrespondenz und medizinische Unterlagen ein (act. G 11.1 bis G 11.12). Mit Duplik vom 23. April 2019 wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass die im Zusammenhang mit dem früheren Unfall gemachten Ausführungen für das hängige Gerichtsverfahren irrelevant seien (act. G 13).

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 zu dieser 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 stehen Folgen eines Unfalls vom 17. Dezember 2012 zur Debatte, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden.

2.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu beurteilen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den im Februar 2018 gemeldeten Rückfall oder die Spätfolgen zum Unfall vom 17. Dezember 2012. Nicht Gegenstand dieses Prozesses bildet - worauf die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik zu Recht hingewiesen hat - ein früher erlittener Unfall mit einer Verletzung am Daumen der rechten Hand. Dieser Unfall war nicht Gegenstand der ursprünglich angefochtenen Verfügung, weshalb er nicht Anfechtungsgegenstand im vorliegenden Prozess sein kann (vgl. dazu BGE 131 V 164



E. 2.1, 125 V 414 E. 1a, 119 Ib 36 E. 1b, je mit Hinweisen). Soweit der Beschwerdeführer mit seiner Replik beabsichtigt, (auch) Leistungen für diesen früheren Unfall geltend zu machen, kann darauf nicht eingetreten werden.

2.1. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. 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 (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 Expertinnen und Experten 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.). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2, 117 V 365 mit Hinweisen).

2.2. Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände sind (Art. 22 UVG; vgl. BGE 127 V 457 E. 4b mit Hinweis). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit oder von vermeintlich geheilten Unfallfolgen, sodass es erneut zu ärztlicher Behandlung und möglicherweise zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen wird dann gesprochen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen zeitigt, die zu einem anders garteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 118 V 296 f. E. 2c; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4).



2.3. 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 Sachverhaltes zu sorgen (BGE 144 V 429 E. 3.2). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 43 und 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen deshalb die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte; bei einer leistungsaufhebenden Tatfrage liegt die Beweislast somit beim Unfallversicherer, bei einer leistungsbegründenden Tatfrage bei der versicherten Person. Diese Beweisregel entfaltet ihre Wirkung allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

2.4. 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, also 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 (darunter fallen auch solche von Vertrauensärzten) 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).

3.

3.1. Die Beschwerdegegnerin hat den angefochtenen leistungsverweigernden Entscheid im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Stellungnahmen ihres Facharztes für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates Dr. N.____ vom 5. Juli 2018 (Suva-act. 156) und vom 17. August 2018 (Zweitbeurteilung; Suva-act. 167) abgestützt. Im Beschwerdeverfahren hat sie zusätzlich die orthopädisch-chirurgische Beurteilung ihres Facharztes für Orthopädische Chirurgie und Leiters der Fachgruppe Chirurgie Dr. Q.____ vom 21. Februar 2019 (Suva-act. 190) vorgelegt. Es ist vorab zu prüfen, wie es um den Beweiswert dieser versicherungsintern produzierten medizinischen Unterlagen bestellt ist, welchen der Beschwerdeführer sinngemäss unter Hinweis auf die von Dr. L.____ erhobenen Befunde (Suva-act. 150 und 164) sowie die beiden Stellungnahmen des Radiologen Dr. P.____, die erste (Suva-act. 162) undatiert, die zweite vom 27. November 2018 (Suva-act. 184 = act. G 3.1), bestreitet.

3.2. Die ärztlichen Stellungnahmen der Suva-Fachärzte wurden in Kenntnis und unter Würdigung der Vorakten erstellt. Zu der als Rückfall gemeldeten, vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerdesymptomatik hat die Beschwerdegegnerin die aktuelle haus- und spitalärztliche Befunderhebung (Suva-act. 138, 140 und 146) beigezogen und über die Hausärztin eine erneute Bildgebung des betroffenen Fusses mittels MRI bei Dr. L.____ veranlasst (Suva-act. 150). Damit hat die Beschwerdegegnerin den Rückfallsachverhalt in medizinischer Hinsicht in umfassender Weise abgeklärt. Es sind keine Anhaltspunkte erkennbar, dass im Abklärungszeitpunkt objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Damit kann grundsätzlich auf diese Stellungnahmen abgestellt werden. Zu prüfen bleibt, ob sich aufgrund namentlich der Einschätzung von Dr. P.____ keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit der von den Suva-Fachärzten gezogenen Schlussfolgerungen ergeben.

3.3. Dr. P.____ hat als Facharzt für Radiologie zweimal ausschliesslich das von Dr. L.____ vom Diagnose Zentrum M.____ durchgeführte MRI vom 11. Mai 2018 und dessen Bericht darüber aus seiner Sicht kommentiert. Dabei ist er zum Schluss gekommen, der Befund entspreche einem ausgeprägten Ödem der Sehne des Musculus hallucis longus bzw. einer posttraumatischen Tendosynovitis dieser Sehne. Zudem erkannte er eine kleinere retrocalcaneare Bursitis und ein Anfangssyndrom des Tarsalsinus mit einer Randbeschädigung des Ligamentum talocalcaneum interosseum am Calcaneus. Er empfahl, die Meinung eines Orthopäden einzuholen (Suva-act. 165). Das Ödem sei



nach der partiellen, zwischenzeitlich wieder verwachsenen Sehnenruptur entstanden und dominiere den erhobenen Befund. Die Sehne des Musculus hallucis longus sei auf der ganzen Länge breiter und ödemartiger. Das Ödem ergreife auch den distalen Teil der Sehne auf der plantaren Seite des rechten Fusses. Die Fusssohle könne deshalb nicht richtig funktionieren. Diese beschriebenen Änderungen, welche er als Verletzungsfolgen bezeichnete, seien aus ihm nicht bekannten Gründen (gemeint wohl im MRI-Bericht von Dr. L. ___ vom 11. Mai 2018) nicht beschrieben worden, sollten aber berücksichtigt werden (Suva-act. 184). In der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 21. Februar 2019 wies Dr. Q. ___, dem anders als Dr. P. ___ die gesamte medizinische Dokumentation zum rechten OSG zur Verfügung stand, zu Recht darauf hin, dass sich dessen Beurteilung des Ödems bzw. der Tendosynovitis, welche er schwergewichtig als Hauptursache der Beschwerden betrachtete, mit der Einschätzung von Dr. L. ___ decke, wonach die etwas akzentuierte Flüssigkeitsmarkierung der Flexor hallucis longus-Sehnenscheide dorsal des OSG durchaus auf eine Tendovaginitis der Flexor hallucis longus-Sehne dorsal des OSG (bei entsprechender klinischer Symptomatik) hindeute (Suva-act. 164). Die erwähnte Beurteilung gab Dr. L. ___ im Anschluss an die erste Stellungnahme von Dr. P. ___ ab; dieser hat sie jedoch offensichtlich nie gesehen. Jedenfalls waren aber die diesbezüglichen medizinischen Einschätzungen - anders als von Dr. P. ___ unterstellt - den involvierten Suva-Ärzten bekannt. Vergleichend mit der bereits aus dem Grundfall vorhandenen Aktenlage (insbesondere dem MRI des Spital E. ___ vom 20. September 2013 [vgl. Bericht der Oberärztin Radiologie Dr. med. R. ___ in Suva-act. 33, wo bereits eine deutliche Flüssigkeitsansammlung innerhalb der Sehnenscheide der Flexor hallucis longus-Sehne und eine Tendovaginitis derselben beschrieben wird]), von welcher Dr. P. ___ ebenfalls keine Kenntnis hatte, schlossen sie auf das Vorliegen einer vorbestehenden entzündlichen Affektion einer Sehnenscheide, wie sie typischerweise bei einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung auftritt. Dr. Q. ___ begründet dies damit, dass die Angabe von Dr. R. ___ zur Indikation für die Untersuchung vom 20. September 2013 - zunehmende Schwellung und Schmerzen im Bereich des lateralen OSG - sowohl für eine Chlamydieninfektion, welche beim Beschwerdeführer ebenfalls bekannt war (vgl. die diesbezügliche Meldung der Hausärztin Dr. F. ___ in Suva-act. 46), als auch für eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis sprechen könne, was sie in ihrer Beurteilung auch diskutiert und die Differentialdiagnose diffuse, am ehesten narbige inflammatorische Veränderungen der Weichteile in der Nachbarschaft zum Aussenknöchel gestellt habe. Zudem würden auch die von Dr. G. ___ erhobene Reizung der Sehnen sowohl um den Innen- als auch den Aussenknöchel (Suva-act. 49) und die massiven Nacht- oder Ruheschmerzen, über welche der Beschwerdeführer gegenüber Kreisarzt Dr. H. ___ berichtet habe (Suva-act. 108), für ein entzündliches



Geschehen sprechen (Suva-act 190 S. 6). Vor diesem Hintergrund beruhen die beiden Stellungnahmen von Dr. P.____, der offenbar auch keine Kenntnis davon hatte, dass beim Beschwerdeführer eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung als vorbestehend bekannt war, namentlich bezüglich des für die geklagten Beschwerden übereinstimmend mit den andern stellungnehmenden Fachärzten als hauptverantwortlich erachtetem Befund, auf einer unvollständigen Analyse der medizinischen Fakten und seine Interpretation, dass alle von ihm gestützt auf den MRI-Bericht vom 11. Mai 2018 beschriebenen Änderungen Folge einer Verletzung, wobei wohl die ursprünglich beim Supinationstrauma vom 17. Dezember 2012 zugezogene gemeint ist, seien, erweist sich, wenn nicht gar als spekulativ, so doch lediglich als eine wenig fundierte Möglichkeit für die Ursache der hier zu beurteilenden, als Rückfall gemeldeten Beschwerden. Damit aber vermögen sie nicht einmal geringe Zweifel an der überzeugenden und übereinstimmenden Einschätzung der Suva-Fachärzte zu erwecken, welche Dr. Q.____ in der massgeblichen orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 21. Februar 2019 zusammengefasst hat. Nämlich, dass der vorliegende kernspintomographische Verlauf keine überwiegend wahrscheinlichen Folgen einer Gewalteinwirkung durch das Geschehen vom 17. Dezember 2012 und keine wesentliche Befundänderung zwischen dem 20. September 2013 und dem 11. Mai 2018 zeige. Darauf ist nach dem Gesagten beweismässig abzustellen. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. November 2018 die leistungsverweigernde Verfügung vom 27. Juli 2018 betreffend die als Rückfall gemeldete gesundheitliche Beeinträchtigung geschützt hat.

4.

4.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden kann (vgl. vorstehende Erwägung 2 Eingangsbemerkung), abzuweisen.

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

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.