



Fall-Nr.: UV 2019/77
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 15.04.2020
Entscheiddatum: 21.01.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 21.01.2020

Art. 6 UVG: Unbestrittene Heilung der beim Unfall erlittenen undislozierten medialen Malleolarfraktur am rechten Fuss im Leistungseinstellungszeitpunkt. Die über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinausgehenden Beschwerden rührten überwiegend wahrscheinlich nicht von einer allfällig unfallkausalen Plantarfasziitis, sondern waren unfallfremder Natur. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Januar 2020, UV 2019/77).

Entscheid vom 21. Januar 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann;
Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2019/77

Parteien

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: Beschwerdeführer) war als Hilfsfensterbauer bei der B.____ GmbH angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva; nachfolgend: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 17. Oktober 2016 durch seine Arbeitgeberin melden liess, er sei am 21. September 2016 auf einer Treppe gestolpert und habe sich am rechten Fussgelenk 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 (Suva-act. 6-2).

A.b. Weitere radiologische Abklärungen am 18. Oktober 2016 im Röntgeninstitut C.____ (Suva-act. 14), und auf der ZNA des KSSG (Suva-act. 6-3) ergaben eine undislozierte mediale Malleolarfraktur rechts (vgl. auch Suva-act. 6-2), worauf dem Beschwerdeführer ab 18. Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Suva-act. 6-3, 7).

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



A.d. Weil der Beschwerdeführer auch nach der knöchernen Konsolidierung der Fraktur über Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenks (nachfolgend: OSG) rechtsseitig, vor allem aber auch über Schmerzen im ganzen rechten Bein dorsalseitig, ausstrahlend von gluteal rechts bis in den Unterschenkel rechts, klagte (Suva-act. 10), legte die Beschwerdegegnerin den Schadenfall am 30. Januar 2017 ihrem Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung der Kausalität in Bezug auf die Beschwerden im Bereich des OSG sowie der ebenfalls beklagten Rückenbeschwerden vor (Suva-act. 32).

A.e. Mit Schreiben vom 6. Februar 2017 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Herabsetzung der Taggelderleistungen entsprechend einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab 9. Februar 2017 und die Leistungsablehnung bezüglich der Rückenbeschwerden mit (Suva-act. 34).

A.f. Gestützt auf eine weitere Beurteilung durch Kreisarzt Dr. D.____ vom 9. März 2017 eröffnete die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer, dass ab 1. April 2017 kein Taggeld mehr ausgerichtet werde, die unfallbedingten Behandlungskosten betreffend den rechten Fuss aber weiterhin übernommen würden (Suva-act. 41).

A.g. Am 30. März 2017 fand in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG die Reevaluation hinsichtlich der weiterhin bestehenden Beschwerden im Bereich der rechten unteren Extremität statt. Eine Röntgenuntersuchung zeigte 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 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.h. Über eine Untersuchung des Beschwerdeführers 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.i. Mit Beurteilung vom 10. Mai 2017 verneinte Dr. D.____ eine Unfallkausalität der Plantarfasziitis rechts (Suva-act. 52), woraufhin die Beschwerdegegnerin am 12. Mai 2017 die sofortige Einstellung der Versicherungsleistungen verfügte (Suva-act. 54). Dagegen erhob der Versicherte Einsprache. Die Beschwerdegegnerin hielt - nach Einholung einer neuerlichen Stellungnahme ihre Kreisarztes Dr. D.____ (Suva-act. 69) - mit Einspracheentscheid vom 28. September 2017 an der Leistungseinstellung fest (Suva-act. 70).

B.

Die gegen den Einspracheentscheid vom 28. September 2017 geführte Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 14. Juni 2019 (UV 2017/87) gut und verpflichtete die Beschwerdegegnerin, auch nach dem 1. April respektive 12. Mai 2017 die gesetzlichen Leistungen im Sinne der Erwägungen zu erbringen (act. G 3.2-1). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor Versicherungsgericht hatte der Beschwerdeführer in Ergänzung zur Beschwerde einen Sprechstundenbericht von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie F.____, vom 30. November 2017 (Suva-act. 80), und die Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeantwort eine Beurteilung von Dr. med. G.____, Facharzt Chirurgie und Unfallchirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, vom 4. Januar 2018 (Suva-act. 85) eingereicht.

C.

Die von der Beschwerdegegnerin gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts am 30. Juli 2019 erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hiess das Bundesgericht mit Urteil vom 9. Oktober 2019 (8C_487/2019) teilweise gut. Es hob den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 14. Juni 2019 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurück. Im Übrigen wies sie die Beschwerde ab. In seinen Erwägungen hielt das Bundesgericht fest, dass noch nicht von Beweislosigkeit auszugehen sei und das Versicherungsgericht zu prüfen habe, ob die letztinstanzlich nachgereichten Dokumente der Beschwerdegegnerin - der Untersuchungsbericht des KSSG vom 27. März 2018 (act. G 3.2-3) sowie das von der Invalidenversicherung veranlasste interdisziplinäre Gutachten des Zentrums für Medizinische Begutachtung (ZMB) vom 21. Dezember 2018 (act. G 3.2-4) -



hinreichende Grundlage bilden würden, um die vom Versicherungsgericht an der versicherungsinternen Einschätzung geäusserten Zweifel zu zerstreuen oder ob ein Gerichtsgutachten anzuordnen sei.

D.

D.a. Mit Schreiben vom 6. November 2019 räumte das Versicherungsgericht den Verfahrensparteien die Gelegenheit ein, allfällige Ergänzungen zu den von der Beschwerdegegnerin mit der Beschwerde ans Bundesgericht eingereichten medizinischen Unterlagen vorzubringen (act. G 4).

D.b. Die Verfahrensparteien nahmen am 20. bzw. 26. November 2019 Stellung (act. G 5 f.). Der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, St. Gallen, hielt unter anderem fest, dass er ab 7. Oktober 2019 wieder eine (temporäre) Anstellung angetreten habe, weshalb der streitige Zeitraum relativ überschaubar sei und er sich folglich einer vergleichsweisen Prozesserledigung nicht grundsätzlich verschliessen würde (act. G 5).

D.c. Mit Schreiben vom 3. Dezember 2019 liess die Beschwerdegegnerin ausführen, dass ihres Erachtens die bestehende Aktenlage keinen Spielraum für die Aufnahme von Vergleichsverhandlungen biete (act. G 9).

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 setzt also zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine 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. Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist sodann die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; 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 Bejahung der natürlichen Unfallkausalität genügt eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 125 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (SVR 2016 UV Nr. 21 S. 66 E. 5.2.2 mit Hinweis [8C_134/2015]). 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, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). 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 (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).

2.2.

2.2.1. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten Kausalität die Unfallversicherung (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislastverteilung bezüglich Wegfall der Unfallkausalität gilt allerdings nur für Schädigungen, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion standen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55).

2.2.2. Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen anerkannt, dass der Beschwerdeführer am 21. September 2016 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf den rechten Fuss erlitten und sich dabei eine Malleolarfraktur zugezogen hat. Mit Schreiben vom 19. Oktober 2018 teilte sie dem



Beschwerdeführer die Übernahme der Heilbehandlungskosten sowie die Ausrichtung von Taggeldern für die mit der Schadenmeldung UVG vom 17. Oktober 2016 ab 21. September 2016 gemeldete Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 1) mit (Suva-act. 4). Dies geschah zunächst offensichtlich nur basierend auf der in der Schadenmeldung UVG angegebenen Schwellung und in Bezug auf eine OSG-Distorsion ohne Kenntnis allfälliger struktureller Gesundheitsschädigungen. Von der verzögert diagnostizierten nicht dislozierten medialen Malleolarfraktur OSG rechts erhielt die Beschwerdegegnerin erst am 26. Oktober 2016 mit Eingang des Untersuchungsberichts des KSSG vom 19. Oktober 2016 Kenntnis (Suva-act. 6). Doch ist unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin in der Folge ihre Leistungspflicht auch für die Malleolarfraktur anerkannt und für diese die gesetzlichen Leistungen erbracht hat. Aus den medizinischen Akten geht sodann unstreitig hervor, dass die Malleolarfraktur bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen (1. April 2017 Taggeld; 13. Mai 2017 Heilbehandlung) verheilt war und radiologisch auf diese Verletzung bezogen auch keine sekundären strukturellen Unfallrestfolgen erhoben worden sind, welche eine fortdauernde Leistungspflicht begründen würden. 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 Suva-act. 80). Im Leistungseinstellungszeitpunkt werden die Beschwerden des Beschwerdeführers von den Ärzten des KSSG (Suva-act. 45) und auch von Dr. E.____ (Suva-act. 80) auf eine Plantarfasziitis Fuss rechts bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur zurückgeführt. Diese Diagnose wurde erstmals von den Ärzten des KSSG anlässlich einer Untersuchung vom 30. März 2017 bzw. im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 3. April 2017 gestellt und hatte demnach im Zeitpunkt der mit Schreiben vom 19. Oktober 2016 mitgeteilten Leistungsanerkennung und der nachfolgenden Leistungsanerkennung für die unfallbedingte Malleolarfraktur noch nicht zur Diskussion gestanden. Mit der Diagnose einer Plantarfasziitis stand ein neues Krankheitsbild im Sinne einer Spätfolge der Malleolarfraktur im Raum (vgl. dazu Rumo-Jungo, a.a.O., S. 78) und nicht ein bestimmter, zu erwartender Symptomkreis als Folge der beim Unfall erlittenen Verletzung (vgl. dazu das vom Beschwerdeführer in der im Beschwerdeverfahren vor Bundesgericht eingereichten Vernehmlassung vom 4. September 2019 angeführte Urteil des EVG vom 27. April 2005, U 6/05, E. 3.2). Wie bereits erwähnt, trägt der Unfallversicherer in Bezug auf Beschwerden und Verletzungen, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren, keine Beweislast, was auch im vorgenannten Urteil bestätigt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stellte demzufolge in der Beschwerde an das Bundesgericht vom 30. Juli 2019 zutreffend



fest, dass die Plantarfasziitis von ihrer ursprünglichen Anerkennung der Leistungspflicht nicht erfasst war. Nach Kenntnisnahme der erwähnten neuen Diagnose legte sie die medizinischen Akten ihrem Kreisarzt Dr. D. ___ zur Beurteilung der Unfallkausalität der geklagten Fussbeschwerden rechts vor und stellte gestützt auf dessen Beurteilung vom 10. Mai 2017 (Suva-act. 52) mit Verfügung vom 12. Mai 2017 ihre Leistungen per sofort ein (Suva-act. 54). Aufgrund dieser Sachlage liegt - obwohl eine Leistungseinstellung streitig ist - die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob die Beschwerdegegnerin über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus für eine Plantarfasziitis leistungspflichtig ist, beim Beschwerdeführer. Er hat die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen (vgl. dazu auch Rumo-Jungo, a.a.O., S. 79).

2.3. 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 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 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.

3.1. 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, die Versicherungsleistungen jedoch per 1. April 2017 eingestellt hat. Fest steht, dass die Malleolarfraktur am rechten OSG zu diesem Zeitpunkt verheilt war und diesbezüglich keine Versicherungsleistungen mehr geschuldet waren (Suva-act. 45, vgl. auch Suva-act. 80). Die beim Beschwerdeführer bestehenden Fussbeschwerden rechts werden im Leistungseinstellungszeitpunkt von den Ärzten des KSSG (Suva-act. 45) und auch von Dr. E.____ (Suva-act. 80) auf eine Plantarfasziitis bei verkürzter Gastrocnemius-Muskulatur zurückgeführt. Zu prüfen ist vorab, ob im Einstellungszeitpunkt überhaupt eine Plantarfasziitis und damit ein allfällig unfallkausaler Gesundheitsschaden vorlag. Nur wenn dies mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann, steht eine Leistungspflicht über den Einstellungszeitpunkt zur Diskussion.

3.2. Fest steht, dass die Plantarfaszie nicht direkt traumatisiert wurde. Laut den Ärzten des KSSG sowie Dr. E.____ ist jedoch 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 im Anschluss an diese Verletzung eingenommenen Fehlhaltung (Suva-act. 80). Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Unfallverletzung und einer Fehlbelastungsfolge (Plantarfasziitis) wird als solcher auch von den Kreisärzten der Beschwerdegegnerin - Dr. D.____ und Dr. G.____ (Suva-act. 69, 85) - nicht in Frage gestellt (vgl. zu Fehlbelastungsfolgen auch Urteile des 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), doch betrachtet Dr. D.____ in seiner Beurteilung vom 19. September 2017 (Suva-act. 69-6) bereits die Diagnose einer Plantarfasziitis bzw. die Beschwerden des Beschwerdeführers aufgrund einer Plantarfasziitis als mit erheblichen Zweifeln behaftet (Suva-act. 69-6). Entsprechend brachte auch die Beschwerdegegnerin in der Beschwerde vom 30. Juli 2019 an das Bundesgericht vor, eine Plantarfasziitis sei nicht überwiegend wahrscheinlich belegt. Dieser Beurteilung folgend würde eine Plantarfasziitis selbstredend auch als indirekte Folge des Unfalls vom 21. September 2016 bzw. der dabei erlittenen Malleolarfraktur am rechten Fuss ausser Betracht fallen. Die Frage, ob beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung überhaupt eine Plantarfasziitis vorlag, wurde im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 14. Juni 2019 (UV 2017/87) nicht geklärt. Angesichts der im



Beschwerdeverfahren vor Bundesgericht eingereichten neuen Beweismittel - dem Untersuchungsbericht des KSSG vom 27. März 2018 (act. G 3.2-3) und dem von der Invalidenversicherung veranlassten interdisziplinären Gutachten des ZMB vom 21. Dezember 2018 (act. G 3.2-4) - erscheint eine Beurteilung dieser Frage nun aber durchaus möglich und die Antwort begründbar.

3.3.

3.3.1. In Bezug auf das von der Invalidenversicherung veranlasste interdisziplinäre Gutachten des ZMB vom 21. Dezember 2018 (act. G 3.2-4) weist der Beschwerdeführer in seinen vor Bundesgericht und im vorliegenden Beschwerdeverfahren dem Versicherungsgericht eingereichten Stellungnahmen vom 4. September und 20. November 2019 (act. G 5) darauf hin, dass die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung erst ab Gutachtenszeitpunkt gelte, die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin jedoch bereits per 1. April 2017, also rund 21 Monate früher, erfolgt sei. Sofern überhaupt auf das ZMB-Gutachten abgestellt werden könnte, betreffe dies mithin erst den Zeitraum ab Gutachtenszeitpunkt.

3.3.2. Wie in den Erwägungen 3.1 und 3.2 ausgeführt, ist vorliegend unbestrittenermassen die Frage zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung ein Gesundheitsschaden vorlag, der zumindest in einem teilkausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 21. September 2016 stand. Die Bejahung der Frage hätte eine weiterdauernde Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Folge. Im Regelfall ist davon auszugehen, dass rein unter dem zeitlichen Gesichtspunkt ärztliche Beurteilungen, welche zeitnah zum Leistungseinstellungszeitpunkt erstellt worden sind, überzeugender sein dürften als retrospektive Beurteilungen. Allein dieser Aspekt spricht jedoch nicht in jedem Fall gegen die Beweiskraft einer späteren ärztlichen Beurteilung. Soweit auf einen späteren Zeitpunkt datierende ärztliche Beurteilungen Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung zulassen, können sie durchaus Berücksichtigung finden. Die Beweiskraft ist insbesondere auch von den zu prüfenden Rechtsfragen abhängig. So ist einzuwenden, dass der im ZMB-Gutachten vorgenommenen und vom Beschwerdeführer angesprochenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ohnehin keine wesentliche Aussagekraft hinsichtlich der Beurteilung des Vorliegens von unfallbedingten Gesundheitsschädigungen zukommt. Dem Beschwerdeführer ist sodann zwar darin zuzustimmen, dass im Verfahren der Invalidenversicherung (IV) Kausalitätsfragen nicht Gegenstand des gutachterlichen Fragenkatalogs bilden. Doch auch daraus lässt sich nur für diejenigen Feststellungen im Gutachten eine



Beweisuntauglichkeit ableiten, bei denen die Nichtberücksichtigung dieses Aspekts für die unfallversicherungsrechtliche Frage von Bedeutung ist. Äussert sich das ZMB-Gutachten explizit zur Frage des Vorliegens einer Plantarfasziitis, stellt der Umstand, dass sich die IV im Grundsatz nicht mit der Frage der Unfallkausalität befasst, kein Hinderungsgrund für die Berücksichtigung der entsprechenden Beurteilung dar. Selbstverständlich gilt es nachfolgend das ZMB-Gutachten vor dem Hintergrund des oben Gesagten zu würdigen.

3.3.3. Im Rahmen der Beweismittelwürdigung ist sodann miteinzubeziehen, dass eine Fasziiitis eine Entzündung des Faszien­gewebes ist und grundsätzlich eine heilbare und damit vorübergehende Gesundheitsstörung darstellt (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 506, 564; Roche Lexion, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 536). Aus dem Umstand, dass eine Entzündungsdiagnose in späteren, nach der Leistungseinstellung durchgeführten Untersuchungen nicht (mehr) gestellt worden ist, kann jedoch nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, es habe auch bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Entzündung (mehr) bestanden.

4.

4.1. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerde ans Bundesgericht vom 30. Juli 2019 zutreffend festgestellt hat, kann aufgrund anhaltender Schmerzen im Bereich der Plantarfaszie nicht automatisch auf eine Plantarfasziitis als indirekte physische Unfallfolge geschlossen werden. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Eine Fasziiitis ist mittels bildgebender Diagnostik (z.B. mittels Sonographie und/oder MRI) objektivierbar (vgl. dazu Suva-act. 85-10; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1172; <https://www.msmanuals.com/de/heim/knochen-,gelenk-und-muskelerkrankungen/erkrankungen-der-f%C3%BC%C3%9Fe/plantare-fasziitis>; <https://www.schulthess-klinik.ch/sites/default/files/>



documents/2019-02/rheuma_fersenschmerz.pdf; beide abgerufen am 21. Januar 2020).

4.2. Der Beschwerdeführer wurde am 30. März 2017 für eine Reevaluation bei weiterhin bestehenden Beschwerden im Bereich der rechten unteren Extremität durch die Ärzte des KSSG untersucht. Er beschrieb nun auch Beschwerden im Bereich der plantaren Ferse. Wie bereits erwähnt, wurde erstmals anlässlich der vorgenannten Untersuchung bzw. im Untersuchungsbericht vom 3. April 2017 die Diagnose einer Plantarfasziitis Fuss rechts mit verkürzter Gastrocnemiusmuskulatur gestellt. Es war eine Röntgenuntersuchung durchgeführt worden, die keinen Hinweis für sekundäre Degenerationen oder gar Dislokationen der Fraktur gezeigt hatte (Suva-act. 45), allerdings keine MRT-Untersuchung. Die Diagnose einer Plantarfasziitis mit verkürzter Gastrocnemiusmuskulatur wurde lediglich klinisch anhand einer deutlichen Druckdolenz über dem medialen Anteil der calcanearen Plantarfaszie und einer mit positivem Silfverskjöld-Test angezeigten Verkürzung der Gastrocnemiusmuskulatur gestellt. Zur Diagnose der Plantarfasziitis führte sodann insbesondere die Verbindung der beiden vorgenannten Befunde. So hielt auch Dr. G. ___ in seiner chirurgischen Beurteilung vom 4. Januar 2018 (Suva-act. 85-11) fest, dass - wenn auch nicht mit ausreichender Evidenz belegt - die Plantarfaszie und die Achillessehne anatomische Verbindungen aufweisen würden. Die Achillessehne stelle die sehnige Verbindung des Musculus gastrocnemius und Musculus soleus zum Fersenbein dar, welche die stärksten Beuger am Unterschenkel seien. Es gebe Hinweise darauf, dass eine Plantarfasziitis oft mit einer Verkürzung/Verspannung dieser Muskulatur einhergehe. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Diagnose der Ärzte des KSSG nicht auf einem bildgebenden Nachweis einer Plantarfasziitis basiert. Auch solche für eine Fasziiitis typischen Befunde - wie eine Rötung, Schwellung oder Überwärmung des gesamten Fusses inklusive des Sprunggelenks (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 564 f.) -, welche in der klinischen Untersuchung zumindest visuell sichtbar und - anders als die Angabe von Druckdolenzen - vom Patienten unbeeinflussbar sind, konnten nicht festgestellt werden. Hinzu kommt, dass dem Untersuchungsbericht des KSSG Hinweise auf gesundheitliche Probleme des Beschwerdeführers zu entnehmen sind, welche als Ursache für eine Schmerzproblematik gesehen werden können. Der Beschwerdeführer bezeichnete die Schmerzen als zunehmend psychisch störend, worauf die Ärzte ein weiteres Problem im Sinne eines drohenden chronischen Schmerzsyndroms festhielten und eine Beurteilung durch das Schmerzzentrum des KSSG als notwendig erachteten (Suva-act. 45). Vorerst erfolgte jedoch eine gezielte Behandlung der mutmasslichen Plantarfasziitis rechts bei verkürzter Gastrocnemiusmuskulatur mittels Physiotherapie,



einer Einlagenversorgung und einer Nachtlagerungsschne zur Dorsalextension (vgl. Suva-act. 45-3, 49, 50, 56). Der Umstand, dass sich den Ärzten des KSSG in der anschliessenden Untersuchung vom 27. April 2017 (Suva-act. 51) im Vergleich zur Untersuchung vom 30. März 2017 keine Befundverbesserung, d.h. weiterhin Druckschmerzen proximal des Malleolus medialis und des Weiteren am medialen Anteil der calcanearen Plantarfaszie sowie eine verkürzte Gastrocnemiusmuskulatur mit positivem Silfverskjöld-Test zeigten, stützt die Diagnose einer Plantarfasziitis ebenfalls nicht. So wäre vielmehr zu erwarten gewesen, dass durch eine gezielte Heilbehandlung ein Heilungserfolg eintritt. Stattdessen wurde im Untersuchungsbericht vom 2. Mai 2017 weiterhin festgestellt, dass die Schmerzen dem Beschwerdeführer mittlerweile stark auf die Psyche schlagen würden. Am 4. Oktober 2017 wurde der Beschwerdeführer im Schmerzzentrum des KSSG untersucht, dessen Ärzte ein chronifiziertes nozizeptives Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Fusses, insbesondere des OSG und der Plantarfaszie, diagnostizierten. Die Ärzte bestätigten im Untersuchungsbericht vom 5. Oktober 2017, dass sich bildgebend kein Korrelat für die beschriebene Symptomatik zeige und die bisherige Therapie mit Ruhigstellung, Physiotherapie und Analgesie nicht zu einer signifikanten Linderung der Beschwerden geführt habe. Im Bericht wurde ausserdem auf eine massive Zuspitzung der psychosozialen Belastungssituation hingewiesen (Suva-act. 71). Am 16. November 2017 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. E.____ untersucht. Dieser berichtete über belastungsabhängige Schmerzen, vor allem für den Ansatz der Faszia plantaris und auch der Gastrocnemiusmuskulatur. Im Rahmen der klinischen Untersuchung erhob Dr. E.____ wieder sehr starke Druckschmerzen punktuell im Ansatzgebiet der Fascia plantaris und starke Schmerzen mit starker Verhärtung im Bereich der Gastrocnemiusmuskulatur. Er diagnostizierte ohne Bildgebung eine Fasziitis plantaris rechts und sah im Untersuchungsbericht vom 30. November 2017 (Suva-act. 80) einen klaren Zusammenhang der Beschwerden zur posttraumatisch eingenommenen Fehlhaltung des Beschwerdeführers. Damit ergibt sich jedoch keine andere Beweislage als sie sich mit den Untersuchungsberichten der Ärzte des KSSG (Suva-act. 45, 51) sowie des Schmerzzentrums (Suva-act. 71) ergab, zumal auch Dr. E.____ als Hauptdiagnose ein chronifiziertes nozizeptives Schmerzsyndrom stellte.

4.3.

4.3.1. Neu liegt, wie bereits erwähnt, der Untersuchungsbericht der Ärzte des KSSG vom 27. März 2018 vor (act. G 3.2-3). Der Beschwerdeführer hatte sich am 22. März 2018 bei persistierenden Beschwerden im Bereich des rechten Rückfusses vorgestellt. Die Schmerzen waren überwiegend im Bereich der dorso-plantaren rechten Ferse



beklagt worden und strahlten über die Achillessehne in die Unterschenkelmuskulatur nach dorso-kraniel aus. Indem sich diese Schmerzsituation nicht von derjenigen unterscheidet, welche sich beim Beschwerdeführer anlässlich der früheren Untersuchungen im KSSG und durch Dr. E.____ gezeigt hatte, erweisen sich die Ergebnisse der obgenannten Untersuchung als bedeutsam. Bei gleicher Schmerzsituation ist davon auszugehen, dass die Erkenntnisse aus der Untersuchung vom 22. März 2018 durchaus auch in Bezug auf den Leistungseinstellungszeitpunkt vom 12. Mai 2017 und dabei für die Frage des Bestandes einer Plantarfasziitis klärende, beweismässige Hinweise liefern.

4.3.2. In der Untersuchung vom 22. März 2018 hat sich die bereits vordiagnostizierte Verkürzung der dorsalen Kette mit einem positiven Silverskjöld-Test gezeigt. Im Bereich des Ursprungs der Plantaraponeurose plantar-medial hat jedoch aktuell kein höhergradiger Druckschmerz bestanden. Inspektorisch fanden die Ärzte keinen Hinweis auf ein morphologisches Korrelat der beklagten Beschwerden. Auch die als Verlaufskontrolle durchgeführte Röntgenuntersuchung hat kein morphologisches Korrelat für die beklagten Beschwerden hervorgebracht. Im Bereich des dorsalen Calcaneus präsentierte sich ein winziger Fersensporn. Hier zeigte sich jedoch bei der klinischen Untersuchung kein korrespondierender höhergradiger Druckschmerz. Die Ärzte des KSSG diagnostizierten zwar im Untersuchungsbericht vom 27. März 2018 erneut eine Verkürzung der dorsalen Kette/ischiocruralen Muskulatur rechts > links mit einer begleitenden Plantarfasziitis rechtsseitig, jedoch - in Übereinstimmung mit den klinischen Befunden - auch ein chronifiziertes nozizeptives Schmerzsyndrom mit Lokalisation im Bereich des rechten OSG. Des Weiteren wurde die Diagnose einer depressiven Verstimmung mit/bei Schlafstörung, Arbeitslosigkeit, Ohnmacht, erhöhter Aufmerksamkeit für körperliche Symptome gestellt und unter der Rubrik "Procedere" festgehalten, dass bei der Vorstellung und Untersuchung eher der Eindruck entstanden sei, dass die beklagten Beschwerden auf psycho-sozialen und weniger auf akut fussorthopädischen Problemen beruhen würden. Insgesamt belegt der Untersuchungsbericht der Ärzte des KSSG vom 27. März 2018 mithin keine Plantarfasziitis. Wie bereits erwähnt, wurde zwar die Plantarfasziitis immer noch als Diagnose aufgeführt, doch erklärt sie sich letztlich aus dem Untersuchungsbericht nicht mehr, zumal - wie festgehalten - ein morphologisches Korrelat der beklagten Beschwerden nicht gesichtet und kein spezifischer Druckschmerz erhoben werden konnte. Vielmehr lassen die übrigen Feststellungen der Ärzte davon ausgehen, dass diese die Ursache der Fussbeschwerden in einer unfallfremden Ätiologie sahen und sie



damit - wie von der Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 26. November 2019 festgestellt (act. G 6) - von ihrem Standpunkt einer Plantarfasziitis abgerückt sind.

4.3.3. Auch die beim Beschwerdeführer diagnostizierte verkürzte Gastrocnemiusmuskulatur führt nicht ohne weiteres zu einer Plantarfasziitis. Wie bereits erwähnt, gibt es zwar laut Dr. G.____ Hinweise darauf, dass eine Plantarfasziitis oft mit einer Verkürzung/Verspannung dieser Muskulatur einhergeht (Suva-act. 85-11) und wurde beim Beschwerdeführer eine Verkürzung der dorsalen Kette/ischiocruralen Muskulatur rechts positiv getestet. Wie dem Untersuchungsbericht der Ärzte des KSSG vom 3. April 2017 ausserdem zu entnehmen ist, wäre eine allfällige Plantarfasziitis als Folge der verkürzten Unterschenkelmuskulatur aufgrund einer konsekutiven Fehlbelastung nach verpasster und verspätet gestellter Diagnose einer Innenknöchelfraktur zu interpretieren (Suva-act. 45-3). Die Plantarfasziitis wäre damit eine Folgekrankheit, d.h. eine neu hinzugetretene Krankheit, die durch eine andere, schon bestehende Erkrankung ausgelöst worden wäre (Roche Lexikon, a.a.O., S. 633, 1685 "Sekundärkrankheit"). Erfahrungsgemäss können bestimmte Folgekrankheiten bei gewissen Grunderkrankungen oder Verletzungen gehäuft vorkommen bzw. letztere ein erhöhtes Risiko für bestimmte Folgekrankheiten darstellen, doch sind Folgekrankheiten damit keinesfalls die Regel oder gar zwingend. Allein anhand einer positiv getesteten Muskelverkürzung kann jedenfalls der überwiegend wahrscheinliche Beweis für eine Plantarfasziitis nicht erbracht werden. Zumindest erscheint ein Sachverhalt mit einer sekundären traumatischen Entstehung einer Plantarfasziitis nicht wahrscheinlicher als ein solcher mit Fussbeschwerden mit einer unfallfremden Ätiologie, womit dem im Sozialversicherungsrechts geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genüge getan ist (vgl. Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58).

4.4.

4.4.1. Auch das ZMB-Gutachten vom 21. Dezember 2018 liefert keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Plantarfasziitis. Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. September 2019 (act. G 6) zutreffend fest, dass die Plantarfasziitis im Gutachten gar kein Thema gewesen sei.

4.4.2. Im Gutachten finden sich Untersuchungsergebnisse, Ausführungen und Schlussfolgerungen, welche darauf hinweisen, dass vielmehr unfallfremde psychische Komponenten für die anhaltenden Fussbeschwerden ursächlich sind. Der orthopädische Teilgutachter erhob in Bezug auf das Sprunggelenk - abgesehen von einer (nur) "diffusen" (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 413), nicht signifikanten



Druckschmerzangabe am Tuber calcanei innen und aussen - vollständig unauffällige Befunde. Der Beschwerdeführer zeigte insbesondere auch keine Druckschmerzangabe am plantaren Fersensporn; der Fersengang war problemlos und ohne Schmerzangabe möglich (S. 29). Selbst für die von den Ärzten des KSSG für die Plantarfasziitis als Ursache betrachteten Muskelverkürzungen, speziell der Wadenmuskulatur, ergaben sich dem orthopädischen Teilgutachter in der Untersuchung keine Hinweise. Anzeichen für eine Fasziitis an der Fusssohle rechts oder einer sonstigen Insertionstendopathie an der rechten unteren Extremität verneinte er. Schliesslich stellte er eine unauffällige Funktion sämtlicher Gelenke der rechten unteren Extremität fest (S. 33). Auch das Untersuchungsergebnis des neurologischen Teilgutachters war unauffällig (S. 40). Der psychiatrische Teilgutachter hielt zum Status fest, dass der Beschwerdeführer einen schweren, ständig vorhandenen Fusschmerz angebe, das Ausmass der Schmerzen jedoch durch die objektivierbaren Befunde nicht vollständig erklärbar sei. Durch den Unfall sei es zu einer psychosozialen Belastungssituation gekommen, welche der Beschwerdeführer fehlerhaft verarbeitet habe. Er habe die Verletzung inadäquat verarbeitet und zusätzlich seien Probleme in Bezug auf die Versicherungsgelder hinzugekommen. Bei fehlenden Sprachkenntnissen habe möglicherweise auch die Aufklärung über seine Symptome bzw. das weitere Vorgehen zu Schwierigkeiten geführt. Hinzu sei die Arbeitslosigkeit der Ehefrau gekommen. Der Beschwerdeführer habe die Gesamtsituation als ungerecht empfunden und sei überfordert gewesen. Er habe depressiv reagiert. In einer Untersuchung durch Dipl. psych. H.____ und Dr. med. I.____, Klinik für Psychosomatik, St. Gallen, vom 13. Oktober 2017 bzw. im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 23. November 2017 sei eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert worden. Aufgrund des Befundes - thematisch sei der Beschwerdeführer auf seine Fussproblematik und die ungerechte Behandlung bzw. das Nichterkennen seiner Verletzung eingengt gewesen - sei jedoch eher von einer Anpassungsstörung auszugehen. Belastungen hätten die Schmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken, der Arbeitsplatzverlust und das unverschuldete Hineingeraten in diese Situation dargestellt. Die Alltagsstruktur sei verloren gegangen (S. 52). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) wurde sodann zum Verlauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeit - also explizit nicht (nur) in Bezug auf den Gutachtenszeitpunkt - festgehalten, dass bei konsekutiver Therapie der medialen Malleolarfraktur die knöcherne Ausheilung nach sechs Wochen zu erwarten sei und der weitere Verlauf durch die somatoforme Schmerzstörung und unspezifische Myosen/Tendomyosen gekennzeichnet sei (S. 5). Als Diagnosen wurden ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Sprunggelenks ohne objektivierbare morphologische oder funktionelle Veränderung bei Status nach konservativ versorgter undislozierter



medialer Malleolusfraktur rechts nach Sturz September 2016 und Röntgen am 7. November 2018 ohne Auffälligkeit sowie eine anhaltende Schmerzstörung erhoben (S. 6).

4.4.3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus dem ZMB-Gutachten keine Hinweise für eine Plantarfasziitis entnehmen lassen. Diagnostiziert wurden hingegen psychische Störungen, welche sich durch subjektiv empfundene Schmerzen in einem Körperteil äussern, die nicht ausreichend durch eine körperliche Störung oder ein physiologisches Geschehen erklärt werden können (Pschyrembel, a.a.O., S. 1622, 1682).

5.

Aufgrund des in Erwägung 4 Gesagten ist zusammenfassend festzuhalten, dass in Beachtung der vorliegenden medizinischen Akten, insbesondere auch der vor Bundesgericht neu eingereichten Dokumente - dem Untersuchungsbericht der Ärzte des KSSG vom 27. März 2018 (act. G 3.2-3) und dem ZMB-Gutachten vom 21. Dezember 2018 (act. G 3.2-4) -, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen keine Plantarfasziitis bestand, welche für seine fortdauernden Fussbeschwerden rechts ursächlich war. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für eine Plantarfasziitis als indirekte Folge des Unfalls vom 21. September 2016 bzw. der dabei erlittenen Malleolarfraktur am rechten Fuss ist damit über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus zu verneinen.

6.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 28. September 2017 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.