



Fall-Nr.: UV 2023/9
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 19.01.2024
Entscheiddatum: 13.11.2023

Entscheid Versicherungsgericht, 13.11.2023

Art. 6 UVG; Unfallbegriff; Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro. Der vorliegende Schadensmechanismus (Rückwärtssalto aus 2-3 Metern Höhe in eine Schnitzelgrube, wobei der Sprung gestanden wurde, die Landung jedoch hart war) erfüllt den Unfallbegriff nicht. Dass die Landung durch die Schnitzel bloss wenig abgebremst wurde und hart ausfiel, stellt ein dem Kunstturnen inhärentes, übliches Risiko dar. Es liegen zwar (teilweise) Listenverletzungen vor, diese waren jedoch im Zeitpunkt der Leistungseinstellung überwiegend wahrscheinlich vollständig abgeheilt. Entsprechend besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über das Leistungseinstellungsdatum hinaus. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. November 2023, UV 2023/9).

Entscheid vom 13. November 2023

Besetzung

Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Anita Hüsler

Geschäftsnr.

UV 2023/9

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



gegen

AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 41, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war aufgrund ihrer Tätigkeit bei der B.____ seit dem 1. Juli 2020 bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 13. Juli 2020 meldete die Arbeitgeberin der AXA einen Nichtberufsunfall der Versicherten vom 7. Juli 2020. Sie habe von einer zwei Meter Erhöhung einen Rückwärtssalto in eine mit Schaumstoffkissen gefüllte Schnitzelgrube gemacht. Sie sei mit den Füßen voran in die Grube eingetaucht und durch die Schnitzel auf den Grund des Beckens aufgeschlagen. Dabei habe sie sofort einen starken Schmerz am linken Fuss gespürt (UV-act. A1).

A.b. Die Versicherte hatte sich am 8. Juli 2020 bei Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (stellvertretend für Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) vorgestellt. Dr. C.____ führte einen Röntgenuntersuch des linken oberen Sprunggelenks (OSG) durch, in welchem keine eindeutige ossäre Läsion erkennbar war. Die von ihr erhobenen Befunde beurteilte Dr. C.____ als mögliche Kontusion/ Distorsion der vorderen Syndesmose und des medialen Malleolus links; differentialdiagnostisch erwog sie eine Verletzung des OSG und/oder der Syndesmose, ein Bone Bruise, eine Binnenläsion oder eine Knorpelläsion (UV-act. M7-4 f.). Aufgrund der weiterhin anhaltenden Beschwerden konsultierte die Versicherte Dr. C.____ am 10. Juli 2020 erneut, wobei beschlossen wurde, einen MRI-Untersuch des linken OSG durchzuführen (UV-act. M7-3). Dieser fand am 13. Juli 2020 in der Radiologie E.____



statt. Im Bericht dazu hielt der untersuchende Radiologe fest, es würden eine geringgradige Zerrung der distalen Syndesmose, eine Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterius am lateralen Bandapparat sowie eine Zerrung oder Kontusionierung des tiefen Deltabandes vorliegen. Überdies beständen Knochenmarködeme an der distalen Tibia im anterioren Randbereich der Gelenksfläche (gering) sowie am lateralen Talushals in erster Linie postkontusionell bedingt ohne Nachweis von Makrofrakturen. Es bestehe ein geringer OSG-Erguss. Die Sehnen seien intakt, die Sehnenscheide der Tibialis-posterior-Sehne sei etwas flüssigkeitsmarkiert als Zeichen einer leichten postentzündlichen Reizung (UV-act. M3). Am 14. Juli 2020 besprach die Versicherte die MRI-Befunde mit Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (stellvertretend für Dr. D.____). Anlässlich dieser Konsultation erhob Dr. F.____ den Befund eines blanden OSG links. Es waren keine Schwellung und kein Hämatom mehr erkennbar. Die Versicherte gab subjektiv an, es gehe ihr sehr gut und sowohl die Schmerzen als auch die Schwellung am OSG seien regredient (UV-act. M7-2).

A.c. Am 11. September 2020 stellte sich die Versicherte erneut wegen Fusschmerzen bei Dr. D.____ vor. Objektiv waren anlässlich dieser Untersuchung keine Schwellung oder Rötung am OSG/Fuss links mehr erkennbar. Auch bestand keine Druckdolenz über dem Malleolus lateralis oder medialis. Es existierte nur noch eine geringe Druckdolenz im Bereich des Ligamentum fibulotalare anterius. Es lag kein erhöhter Talusvorschub oder eine erhöhte Lat. Aufklappbarkeit vor. Hingegen bestand eine deutliche Druckdolenz posterior am Malleolus lateralis im Verlauf der Sehne M. peroneus longus (wobei es sich gemäss den Angaben der Versicherten auch um den Ort der Schmerzen handelte; UV-act. M7-2). Aufgrund von anhaltenden Beschwerden suchte die Versicherte am 28. September 2020 erneut Dr. D.____ auf. Dieser erhob wiederum dieselben Befunde wie am 11. September 2020, mit der einzigen Ausnahme, dass nunmehr keine Druckdolenz im Bereich des Ligamentum fibulotalare anterius mehr vorlag, und erhob aktuell den Verdacht auf ein Peroneus longus Syndrom Fuss links (UV-act. M7-1). Er überwies die Versicherte zur Beurteilung und weiteren Abklärung an Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik H.____ (UV-act. M2).



A.d. Dr. G.____ hielt in seinem Bericht vom 10. November 2020 zur Untersuchung vom Vortag fest, klinisch zeige sich das Bild eines posterioren Impingements am OSG links. Er habe der Versicherten eine Infiltration von posterolateral mit Bupivacain und Depo-Medrol vorgeschlagen (UV-act. M5). Am 13. Januar 2021 konsultierte die Versicherte Dr. G.____ – nachdem offenbar die geplante Infiltration durchgeführt worden war – erneut. Im Bericht zu dieser Untersuchung hielt Dr. G.____ eine weiterhin posterior am OSG bestehende Druckdolenz fest. Die Infiltration sei für eine gewisse Zeit und in gewissem Ausmass positiv gewesen. Somit sei die Diagnose eines posterioren Impingements sehr wahrscheinlich. Es bestehe die Möglichkeit, die physiotherapeutischen Übungen fortzusetzen und den weiteren Verlauf abzuwarten, oder eine posteriore Arthroskopie OSG/USG mit Débridement und Entfernung des Os trigonum durchzuführen (UV-act. M6). Am 22. Januar 2021 ersuchte die Klinik H.____ die AXA um Kostengutsprache für die vorerwähnte Operation (UV-act. M1), welche die AXA am 10. Februar 2021 erteilte (UV-act. A11). Am 19. Februar 2021 führte Dr. G.____ den Eingriff wie geplant in der Klinik H.____ durch (vgl. dazu den Operationsbericht vom 22. Februar 2021 [UV-act. M9] sowie den Austrittsbericht vom 27. Februar 2021 [UV-act. M8]). Zur postoperativen Verlaufskontrolle vom 6. April 2021 hielt Dr. G.____ fest, es zeige sich ein protrahierter postoperativer Verlauf wobei die Versicherte noch belastungsabhängige Schmerzen sowie eine Überempfindlichkeit beim Beklopfen posterior-medial im Sinne eines beginnenden Tarsaltunnelsyndroms verspüre. Er gehe davon aus, dass die Tarsaltunnelsymptomatik aufgrund der noch verbleibenden Schwellung und des Reizzustandes bestehe (UV-act. M10). Nachdem eine weitere Infiltration nicht ergiebig gewesen war (vgl. UV-act. M11), wurde am 28. Mai 2021 nochmals ein MRI-Untersuch des linken OSG der Versicherten durchgeführt. Dieser ergab ein kleinzystisches Ganglion, wahrscheinlich vom unteren Sprunggelenk (USG) ausgehend mit Ausbreitung nach dorsal entlang der kranialen Calcaneuskontur mit max. 2.7 cm Durchmesser, eine angrenzende Osteitis im Calcaneus sowie eine angrenzende entzündliche Reaktion auch im Kager fat pad. sowie eine diskrete Bursitis subachillea. Es konnte kein Korrelat für ein Tarsaltunnelsyndrom und/oder eine Haglundexostose festgestellt werden (UV-act. M30).

A.e. Am 31. Mai 2021 wurde die Versicherte zudem durch Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, untersucht. Im Bericht vom 1. Juni 2021 hielt Dr. I.____ zu diesem Untersuch



fest, die Versicherte gebe Sensibilitätsstörungen im Bereich der Ferse links an sowie auch an der Innenseite des linken Fusses. Relevante motorische Defizite oder Reflexauffälligkeiten habe sie dagegen nicht. Messtechnisch seien der Nervus tibialis und der Nervus suralis links unauffällig. Lediglich der Nervus peroneus links zeige leichte axonale Veränderungen, aber auch hier ohne Hinweise auf ein Tarsaltunnelsyndrom. Die Veränderung des Nervus peroneus sei vermutlich im proximalen Verlauf auf Höhe des Fibulaköpfchens entstanden, ohne dass dort noch ein eindeutiger Leitungsblock vorhanden wäre. Die Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an der linken Ferse seien dagegen ein lokales Phänomen. Vermutlich seien hier lokal die Hautnerven betroffen, während die Hauptnerven zumindest messtechnisch in Ordnung seien. Eine operative Neurolyse sei nicht indiziert (UV-act. M12).

A.f. Am 14. Juli 2021 stellte sich die Versicherte zu einer Zweitmeinung bei Dr. med. J.____, Chefarzt Fusschirurgie, Klinik K.____, vor. Dr. J.____ hielt im Bericht vom 15. Juli 2021 zu dieser Untersuchung fest, es zeige sich klinisch hauptsächlich eine Tendinopathie der Tibialis posterior-Sehne bei Plattfuss-Konfiguration. Im MRI würde sich neben Entzündungszeichen der Tibialis posterior Sehne hauptsächlich eine Flüssigkeitskolektion im Bereich des dorsalen USG zeigen. Diese lasse sich in der klinischen Untersuchung jedoch nicht mit den Beschwerden in Einklang bringen. Entsprechend stehe die Tendinopathie im Vordergrund. Sie hätten insgesamt das vorliegende Verletzungsmuster der traumatisch bedingten Tendinopathie der Tibialis posterior Sehne bei Plattfusskonfiguration und die Therapieoptionen besprochen. Da bisher keine spezifische Therapie für die Tibialis posterior-Sehne durchgeführt worden sei, hätten sie Physiotherapie mit lokalanalgetischen und antiphlogistische Massnahmen, Ultraschall, Elektrotherapie und gegebenenfalls Taping vereinbart. Zudem habe er orthopädische Masseinlagen mit medialer Abstützung und Fersenführung rezeptiert (UV-act. M13).

A.g. Am 9. September 2021 konsultierte die Versicherte erneut Dr. J.____. In seinem Sprechstundenbericht hielt Dr. J.____ fest, es zeige sich ein moderates Ansprechen der Schuheinlagen-Versorgung. Insgesamt würden jedoch weiterhin zwei Schmerzcharakteristiken persistieren, einmal der retromalleolär empfundene Schmerz am ehesten assoziiert mit der Tibialis posterior-Sehne und zudem der diffuse Schmerz im Bereich des Rückfusses, welcher durch forcierte Dorsalextension provoziert werden



St.Galler Gerichte

könne. Die vorliegenden radiologischen Bilder würden keine klare Ursache für die im Rückfuss empfunden Beschwerden geben, weshalb ein CT veranlasst werde (UV-act. M14). Am 23. September 2021 fand im Kantonsspital L.___, Nuklearmedizin, ein CT-Untersuchung des OSG links statt. Im Bericht vom 27. September 2021 hielt Dr. med. M.___ fest, im Bereich des hinteren USG würden sich noch Knochenstoffwechselsteigerungen, hinweisend auf einen persistierenden postoperativen Reizzustand, insbesondere auch im Bereich des operativ entfernten Os trigonum, zeigen. Die Situation im Bereich der Tibialis-posterior-Sehne sei hinsichtlich Verklebung methodisch bedingt nicht beurteilbar. Darüber hinaus würden keine Hinweise auf weitere Pathologien vorliegen (UV-act. M26).

A.h. Am 22. Oktober 2021 beurteilte Dr. med. N.___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, im Auftrag der AXA den Fall der Versicherten. Er kam zu dem Schluss, die Versicherte habe bei dem Ereignis eine schwere OSG Distorsion links mit Kapselbandläsion und Bone Bruise erlitten. Diese Verletzungen seien zwischenzeitlich abgeklungen und hätten keine Operation benötigt. Die geklagten Beschwerden hätten somit (zumindest vorerst) in einem kausalen Zusammenhang zu dem Ereignis vom 7. Juli 2020 gestanden. Die Gesundheit der Versicherten sei aber schon vor dem Ereignis beeinträchtigt gewesen. Gemäss Unterlagen bestehe eine Tendinopathie der Tibialis posterior Sehne links bei Plattfusskonfiguration. Dazu sei ein Os trigonum links vorhanden gewesen, das zwischenzeitlich entfernt worden sei. Der Status quo sine sei spätestens zum Zeitpunkt der OSG-Arthroskopie links am 19. Februar 2021 erreicht worden. Bei diesem Eingriff sei ausschliesslich der Vorzustand behandelt worden. Die Operation sei nicht unfallkausal gewesen. Jetzt würden noch neurologische Probleme am OSG links vorliegen, wohl als Folge der durchgeführten OSG Arthroskopie. Dazu werde der Vorzustand, die Plattfusskonfiguration, mit Einlagen behandelt. Durch das Ereignis vom 7. Juli 2020 sei es nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung des Vorzustands gekommen (UV-act. M15).

A.i. Mit Schreiben vom 4. November 2021 informierte die AXA die Versicherte darüber, dass ihre Beschwerden – gestützt auf die Beurteilung von Dr. N.___ – überwiegend wahrscheinlich nicht mehr in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. Juli 2020 stehen würden. Deshalb bestehe ab dem 20. Februar 2021 kein Anspruch auf Versicherungsleistungen mehr. Da ihr Leistungsentscheid auf einer rückwirkend



St.Galler Gerichte

durchgeführten Beurteilung beruhe, verzichte sie kulanterweise auf die Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen (UV-act. A20).

A.j. Am 11. November 2021 teilte die Versicherte der AXA telefonisch mit, dass sie mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden sei und eine anfechtbare Verfügung verlange. Sie werde noch eine Stellungnahme ihres behandelnden Arztes einreichen (UV-act. A21).

A.k. Am 16. Dezember 2021 konsultierte die Versicherte erneut Dr. J.____. Im Sprechstundenbericht vom 17. Dezember 2021 hielt dieser fest, die Infiltration hätte nur für wenige Stunden gewirkt. Die Versicherte sei nun entschlossen, den operativen Eingriff durchzuführen (UV-act. M19). Am 17. Dezember 2021 ersuchte die Klinik K.____ die AXA um Kostengutsprache für eine neuerliche Arthroskopie des linken Rückfusses mit einem Débridement und gegebenenfalls einem Abtragen des Flexor-hallucis-longus (FHL) bei den Diagnosen eines dorsalen Impingements OSG/USG, gegebenenfalls FHL-Impingement, symptomatisches Ganglion und Reizung der Tibialis posterior-Sehne (UV-act. M18). Noch am selben Tag teilte die AXA der Klinik K.____ mit, dass eine Leistungspflicht ihrerseits für den entsprechenden Fall abgelehnt worden sei (UV-act. A25). Am 22. Dezember 2021 führte Dr. J.____ bei der Versicherten die geplante Arthroskopie des linken Rückfusses mit Débridement von Narbengewebe posterior des USG und einer Synovektomie OSG/USG sowie eine offene Inspektion der Tibialis posterior-Sehne durch. Im OP-Bericht vom 27. Dezember 2021 hielt er fest, die Tibialis posterior-Sehne habe sich intakt und normal dargestellt; es habe sich einzig eine minimale Synovitis gezeigt (UV-act. M21).

A.l. Mit E-Mail vom 28. Dezember 2021 (UV-act. A26) liess die Versicherte der AXA eine Stellungnahme von Dr. J.____ vom 23. Dezember 2021 zukommen. Darin hielt dieser unter anderem fest, entgegen seinem früheren Bericht vom 14. Juli 2021 bestehe lediglich eine angedeutete Plattfusskonfiguration und habe sich die Vermutung einer Tendinopathie der Tibialis posterior-Sehne im Verlauf nicht bestätigt. Die Arthroskopie, die er am 22. Dezember 2021 durchgeführt habe, habe eindeutige Narbenbildungen im Bereich des OSG-/USG-Gelenkkomplexes posterior gezeigt. Diese seien kompatibel mit der vorher durchgeführten arthroskopischen Operation, aber auch im Rahmen des



erlittenen Traumas. Diese Narbengewebe könnten erfahrungsgemäss durchaus zu Problemen führen, dies entweder in Dorsalextension (Traktionszug) oder auch in Plantarflexion. Die intraoperative Inspektion der Tibialis posterior-Sehne habe eine völlig normal aussehende Tibialis posterior-Sehne ergeben, mit höchstens leichter Synovitis-Reaktion in der Umgebung. Insgesamt bestehe für ihn aufgrund dieser teils korrigierten und teils neuen Angaben kein Zweifel, dass die Beschwerden der Versicherten rein posttraumatischer Natur seien (UV-act. M20).

A.m. Am 5. Januar 2021 nahm Dr. N.____ im Auftrag der AXA nochmals zum Fall der Versicherten Stellung, insbesondere zu den medizinischen Einwänden von Dr. J.____. Dabei kam er zu dem Schluss, dass diese zu keiner Änderung seiner ursprünglichen Einschätzung führen würden. Insbesondere seien sowohl anlässlich der Erstuntersuchung am 8. Juli 2020 als auch im MRI-Untersuch vom 13. Juli 2020 keine pathologischen Befunde im posterioren Bereich des linken Fusses der Versicherten erhoben worden. Erst zu einem späteren Zeitpunkt seien Beschwerden posterior lokalisiert worden (UV-act. M22).

A.n. Mit Verfügung vom 12. Januar 2022 stellte die AXA die Versicherungsleistungen – gestützt auf die Beurteilungen von Dr. N.____ (UV-act. M15 und M22), wonach zwischen den geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 7. Juli 2020 kein Kausalzusammenhang (mehr) bestehe – per 19. Februar 2021 ein und verzichtete gleichzeitig auf die Rückforderung der bisher erbrachten Leistungen (UV-act. A29).

B.

B.a. Dagegen erhob die Versicherte am 14. Februar 2022 fristgerecht (vgl. UV-act. A47-4 Ziff. 2.1) Einsprache. Sie beantragte sinngemäss die weitere Ausrichtung der Versicherungsleistungen über den 19. Februar 2021 hinaus (UV-act. A34). Ihrer Einsprache legte sie einen Versicherungsbericht von Dr. J.____ vom 14. Februar 2022 bei, in welchem sich dieser nochmals für die Unfallkausalität der linksseitigen OSG-Beschwerden aussprach (UV-act. M23).

B.b. Am 29. November 2022 beurteilte Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, den Fall der Versicherten im Auftrag der AXA nochmals. Dabei kam er im Wesentlichen zu dem Schluss, dass hinsichtlich der partiellen Ruptur



St.Galler Gerichte

des medialen Ligamentum deltoideum und der Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterius links unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne einer Listenverletzung vorliegen würden. Diese seien überwiegend wahrscheinlich nach zwei Monaten abgeheilt gewesen. Aus den Stellungnahmen von Dr. J.____ (UV-act. M20 und M23) könne nicht überwiegend wahrscheinlich abgeleitet werden, dass mit den operativen Eingriffen vom 19. Februar und 22. Dezember 2021 unfallkausale Folgen behandelt worden seien (UV-act. M33).

B.c. Mit Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2022 wies die AXA die Einsprache der Versicherten ab. Zur Begründung führte sie an, das Ereignis vom 7. Juli 2020 würde den Unfallbegriff nicht erfüllen. Es würden zwar Listenverletzungen (Bandläsionen) vorliegen, diese seien gemäss Einschätzung von Dr. O.____ aber spätestens am 11. September 2020 abgeheilt gewesen. Demnach bestehe ab diesem Zeitpunkt, spätestens aber ab dem 19. Februar 2021, kein Anspruch auf Versicherungsleistungen mehr (UV-act. A47).

C.

C.a. Am 1. Februar 2023 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen den vorerwähnten Einspracheentscheid (act. G 1). Sie erklärte, mit dem Einspracheentscheid der AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) nicht einverstanden zu sein; ihrer Ansicht nach lägen ein Unfallereignis und auch eine unfallähnliche Körperschädigung vor. Entsprechend beantragte sie sinngemäss, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr (auch über den 19. Februar 2021 hinaus) die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (act. G 1.1).

C.b. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 29. März 2023 auf eine ausführliche Beschwerdeantwort und verwies stattdessen auf die Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid. Zudem hob sie zusammenfassend nochmals die aus ihrer Sicht wichtigsten Punkte ihrer Argumentation hervor (act. G 4).

C.c. Mit Replik vom 2. Juni 2023 hielt die Beschwerdeführerin weiterhin daran fest, dass ein Unfall im Rechtssinne vorliege und dieser für die operativ korrigierte Beeinträchtigung ursächlich gewesen sei (act. G 8).



C.d. Mit Schreiben vom 27. Juni 2023 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer ausführlichen Duplik. Sie hielt indessen weiterhin daran fest, dass es sich beim Ereignis vom 7. Juni 2020 nicht um einen Unfall im Rechtssinne gehandelt habe, dass die unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne von Bandläsionen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung abgeheilt gewesen seien und dass selbst bei Erfüllung des Unfallbegriffs die Leistungen nach dem 19. Februar 2021 mangels Kausalität nicht mehr zu übernehmen wären. Entsprechend beantragte sie die Abweisung der Beschwerde (act. G 10).

Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung betreffend das Ereignis vom 7. Juli 2020 bzw. die linksseitige OSG-Problematik der Beschwerdeführerin zu Recht per 19. Februar 2021 eingestellt hat.

2.

2.1. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.2. Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden, abschliessend aufgezählten (vgl. André Nabold, N 42 zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 61 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]), Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken;



c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommel-fellverletzungen.

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 Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel kommt jedoch nur zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b m. w. H. ; Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2017, 8C_794/2016, E. 4.3.1 m. w. H.; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1). Die Beweislast für das Vorliegen eines Unfallereignisses und/oder einer unfallähnlichen Körperschädigung liegt nach Gesagtem bei der den Anspruch erhebenden Person (BGE 116 V 140 f. E. 4b m. w. H.; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Der Unfallversicherer trägt hingegen die Beweislast insbesondere in Bezug auf den Nachweis einer vorwiegend krankhaften oder degenerativen Verursachung einer Listendiagnose (sog. Entlastungsbeweis; vgl. BGE 146 V 64 E. 8.2.2).

2.4. Der Versicherungsträger kann die – einmal gewährten – vorübergehenden Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggelder) "ex nunc et pro futuro" einstellen, ohne dass dafür ein Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund vorliegen muss. Dies z. B. mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor, oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2019, 8C_22/2019, E. 3).

3.

Vorderhand kann demnach festgehalten werden, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin (rückwirkende Leistungseinstellung bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen, d. h. mit Wirkung ex nunc et pro futuro) im Grundsatz nicht zu beanstanden ist. Zu prüfen ist nachfolgend die



Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung im vorliegenden Fall bzw. der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleitungen über den 19. Februar 2022 hinaus.

4.

Zunächst ist zu beurteilen, ob eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG besteht bzw. überhaupt jemals bestand. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob sich am 7. Juli 2020 ein Unfall im Rechtssinne ereignet hatte, und dabei insbesondere, ob von einem ungewöhnlichen äusseren Faktor im Sinne von Art. 4 ATSG gesprochen werden kann.

4.1. Die leistungsansprechende Person muss – im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht (vgl. dazu vorstehende E. 2.3) – die einzelnen Umstände, die zu einem Unfall geführt haben, nachweisen oder zumindest glaubhaft machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, ist der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig. Zur Glaubhaftmachung eines Unfalls genügt es nicht, einen Gesundheitsschaden nachzuweisen, der möglicherweise auf ein Unfallereignis zurückgehen könnte, sondern es müssen über das konkrete Geschehen wahre, genaue und wenn möglich ins Einzelne gehende Daten/ Informationen namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Tatumstände ein Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuklären. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind (vgl. zum Ganzen: Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 29 m. w. H.; BSK UVG-Hofer, N 9 zu Art. 6; BGE 114 V 305 E. 5b m. w. H.).

4.2. Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfall- bzw. Ereignishergang wird in der Praxis auf die Beweismaxime abgestellt, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" kurze Zeit nach dem Ereignis in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Diese Beweisregel kommt jedoch ebenfalls nur dann zur Anwendung, wenn der Sachverhalt nicht auf andere Weise mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden kann (BSK UVG-Hofer, N 10 zu Art. 6; KOSS UVG-Nabold, N 10 f. zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 29 f.; BGE 121 V 47 E. 2a m. w. H.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2018, 8C_470/2018, E. 4.1 m. w. H.).



4.3. Für die Erfüllung des Unfallbegriffs hat ein ungewöhnlicher äusserer Faktor vorzuliegen. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen. Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist insoweit, ob bzw. dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog (BGE 134 V 76 ff. E. 4.1 und 4.3.1, 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je m. w. H.; RKUV 2000 Nr. U 368 E. 2b m. w. H.; Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2009, 8C_718/2009, E. 6.1 m. w. H.). Die Ungewöhnlichkeit kann in einer unkoordinierten Eigenbewegung, d. h. einer programmwidrigen oder sinnfälligen Störung des natürlichen Ablaufs der körperlichen Bewegung, bestehen, wie beispielsweise in einem Sturz, Stolpern oder Ausgleiten, in einer reflexartigen Abwehrbewegung oder in einem Anstossen (KOSS UVG-Nabold, N 32 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 37 zu Art. 6; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1989, S. 176 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 40).

4.4. Bei einer Sportverletzung ist ohne besonderes Vorkommnis das Merkmal der Ungewöhnlichkeit und damit das Vorliegen eines Unfalls zu verneinen (BGE 130 V 118 E. 2.2 m. w. H.). Hingegen ist bei sportlichen Tätigkeiten ein Unfall im Rechtssinn dann anzunehmen, wenn die sportliche Übung anders verläuft als geplant (vgl. RKUV 1992 Nr. U 156 S. 258). Wenn sich lediglich das in einer sportlichen Übung inhärente Risiko einer Verletzung verwirklicht, liegt kein derartiges Unfallereignis vor. Ein solches ist auch dann zu verneinen, wenn die Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber in der Spannweite des Üblichen bewegt (RKUV 2004 Nr. U 502 S. 185 E. 4.4).

5.

5.1. In der Unfallmeldung gab die Beschwerdeführerin zum Ereignishergang an, sie habe einen Salto rückwärts von einer zwei Meter Erhöhung in eine Schnitzelgrube gemacht. Sie sei mit den Füßen voran in die Grube eingetaucht und durch die Schnitzel hindurch auf dem Grund des Beckens aufgeschlagen. Dabei habe sie sofort einen starken Schmerz am linken Fuss gespürt (UV-act. A1). In ihrem Eintrag zur Erstkonsultation vom 8. Juli 2020 schrieb Dr. C.____, die Beschwerdeführerin habe berichtet, am Vortag aus drei Metern Höhe in eine Schnitzelgrube gesprungen zu sein. Die Schnitzel würden zwar normalerweise einen solchen Sprung auffangen, sie sei aber mit dem linken Fuss dennoch relativ ungebremst auf dem harten Boden gelandet und



habe diesen vermutlich nach oben umgeknickt, wobei sie sofort starke Schmerzen verspürt habe, auch mit Übelkeit (UV act. M7 4). Dr. G. ___ führte in ihrem Bericht zur Untersuchung vom 9. November 2020 hinsichtlich der Anamnese aus, die Beschwerdeführerin sei nach einem Salto von etwa zwei bis drei Metern Höhe hart auf dem nicht so gut gepolsterten Matratzenplatz gelandet. Initial seien sofort eine akute Schwellung und Schmerzen aufgetreten (UV-act. M5). Dr. J. ___ hielt in seinem Bericht vom 15. Juli 2021 fest, die Beschwerdeführerin habe berichtet, im Juli 2020 beim Kunstturnen von einem ca. drei Meter hohen Gegenstand in eine Grube gesprungen zu sein. Diese sei entgegen ihrer Annahme unzureichend ausgepolstert gewesen, sodass sie letztlich auf einem harten Untergrund gelandet sei. Dabei habe sie ein ausgeprägtes axiales Stauchungstrauma ihres linken Fusses erlitten (UV-act. M13). Im Bericht vom 23. Dezember 2021 notierte Dr. J. ___, die Beschwerdeführerin habe am 7. Juli 2020 ein eindeutiges, schwerwiegendes, hoch energetisches Trauma am linken Fuss erlitten, als sie aus ca. zwei Metern Höhe einen Rückwärtssalto gemacht habe und in einer Schnitzelgrube axial auf ihrem Fuss gelandet sei. Es habe sich offensichtlich nicht um ein Distorsionstrauma gehandelt. Es seien sofort heftige Schmerzen aufgetreten und die Beschwerdeführerin sei nicht mehr in der Lage gewesen, den Fuss zu belasten (UV-act. M20-1). In seinem Bericht vom 14. Februar 2022 schrieb Dr. J. ___ überdies, die Landung sei "heftig mit maximaler Dorsalextension" erfolgt. Dabei habe die Beschwerdeführerin intensive Schmerzen im ganzen Rückfuss verspürt und habe schmerzbedingt nicht mehr korrekt auftreten können (UV-act. M23-1).

5.2. Die Schilderungen des Ereignishergangs stimmen im Wesentlichen überein. Einzig Dr. G. ___ erwähnt in seinem Bericht einen Matratzenplatz statt einer Schnitzelgrube (UV-act. M5). Im Ergebnis ist aber davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin von einer zwei bis drei Meter erhöhten Stelle einen Rückwärtssalto in eine Schnitzelgrube ausführte. Dabei stand sie die Landung zwar, traf aber hart auf dem Boden auf. Aus den Schilderungen des Ereignishergangs gehen somit keine Hinweise auf einen äusseren Faktor im Sinne einer unkoordinierten Eigenbewegung hervor. Insbesondere ist die Beschwerdeführerin beim Sprung nicht gestürzt, ausgerutscht, hat sich nicht angestossen oder Ähnliches. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass ein möglicherweise erfolgtes Um- bzw. Abknicken bzw. eine Distorsion bei der Landung von der Beschwerdeführerin zwar gegenüber Dr. C. ___ erwähnt wurde (UV-act. M7 4), aufgrund der bloss geäusserten Vermutung jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist, zumal auch Dr. J. ___ in seinem Bericht vom 23. Dezember 2021 von einer axialen Landung ausging und ein Distorsionstrauma explizit ausschloss (UV-act. M20 1). Nach dem Gesagtem ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die sportliche Übung (Rückwärtssalto aus erhöhter Lage in die



Schnitzelgrube) erfolgreich ausgeführt und den Sprung gestanden hat. Insofern ist nicht von einem ungewöhnlichen äusseren Faktor auszugehen.

5.3. Auch das eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hatte in einem vergleichbaren Fall (in dem der betroffene Versicherte im Rahmen einer Turnvorführung einen Rückwärtssalto aus ca. 1.60 Meter Höhe vollführt hatte und "etwas zu tief" auf einer weichen, ca. 40 Zentimeter dicken Matte gelandet war, wobei er einen stechenden Schmerz verspürte) einen ungewöhnlichen äusseren Faktor verneint. Zur Begründung hielt das EVG fest, die bloss etwas zu tiefe Ausführung eines Saltos mit der Folge einer ebensolchen Landung in der Hockstellung, statt gestreckt mit anschliessendem Abfedern auf der circa 40 Zentimeter dicken Matte, vermöge das Kriterium eines ungewöhnlichen äusseren Faktors für sich allein nicht zu erfüllen. Es handle sich, wenn auch im Sinne eines Grenzfalls, noch um einen in der betreffenden Sportart üblichen Umstand (Urteil des EVG vom 21. September 2001, U 134/00, E. 2). Das von der Beschwerdeführerin im konkreten Fall beschriebene harte Aufschlagen auf dem Boden nach einem im Übrigen programmässig verlaufenen Sprung in eine Schnitzelgrube stellt demnach ein dem Kunstturnen inhärentes, übliches Risiko und ebenfalls keinen ungewöhnlichen äusseren Faktor dar. Vielmehr musste die Beschwerdeführerin mit einem harten Aufschlag auf dem Boden rechnen, zumal es sich bei diesem um ihr subjektives Empfinden handelt und die effektiv erfolgte Krafteinwirkung nicht mehr rekonstruiert werden kann.

5.4. Soweit die Beschwerdeführerin beschwerdeweise (zumindest implizit) geltend macht, die Schnitzelgrube sei ungenügend bzw. mangelhaft gewesen (es sei möglich, dass es genau an dem Ort, an dem sie gelandet sei, zu wenig Schnitzel gehabt habe [act. G 1]), ist festzuhalten, dass ein solcher Sachverhalt zwar grundsätzlich möglich erscheint, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist. Dies, zumal die Beschwerdeführerin einen Mangel der Schnitzelgrube erst im Rahmen des vorliegenden Verfahrens geltend gemacht hat. Demnach kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieses Vorbringen – direkt oder indirekt – von Überlegungen versicherungsrechtlicher Art beeinflusst ist/war, womit darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. zur Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde" vorstehende E. 4.2).

5.5. Das Auftreten von Schmerzen als solches – wie dies offenbar auch vorliegend bei der Beschwerdeführerin der Fall gewesen war, als sie nach dem Rückwärtssalto (hart) auf dem Boden landete – stellt ebenfalls keinen äusseren (schädigenden) Faktor im Sinne der Rechtsprechung dar (vgl. BGE 129 V 470 E. 4.2.1).



5.6. Nach Gesagtem erfüllt das geschilderte Ereignis vom 7. Juli 2020 den Unfallbegriff nach Art. 4 ATSG nicht und besteht keine bzw. bestand nie eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG.

6.

Es bleibt zu prüfen, ob – wie die Beschwerdeführerin geltend macht – Listendiagnosen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegen und mithin gestützt auf diese Bestimmung eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 19. Februar 2021 hinaus in Frage kommt.

6.1. Den vorliegenden Akten kann Folgendes entnommen werden: Die Röntgenuntersuchung des OSG der Beschwerdeführerin am 8. Juli 2021 durch Dr. C. ___ ergab keine ossären Läsionen (UV-act. M7-4). Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 13. Juli 2020 wurden sodann folgende Befunde erhoben: Geringgradige Zerrung der distalen Syndesmose; Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterius (vorderes Aussenband) am lateralen Bandapparat sowie Zerrung oder Kontusionierung des tiefen Deltabandes. Knochenmarködeme an der distalen Tibia im anterioren Randbereich der Gelenksfläche (gering) sowie am lateralen Talushals in erster Linie postkontusionell bedingt ohne Nachweis von Makrofrakturen. Geringer OSG-Erguss. Intakte Sehnen, etwas flüssigkeitsmarkierte Sehnenscheide der Tibialis-posterior-Sehne als Zeichen einer leichten postentzündlichen Reizung (UV-act. M3).

6.2. Die im MRI-Untersuch am 13. Juli 2020 festgestellten Zerrungen des vorderen Aussen sowie des tiefen Deltabands (UV-act. M3) stellen unbestrittenermassen Listendiagnosen i. S. v. Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG dar. Ob die überdies objektivierte Zerrung der Syndesmose ebenfalls als Listendiagnose i. S. v. Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG zu qualifizieren ist (was von Dr. O. ___ in seiner Beurteilung vom 29. November 2022 verneint worden war, vgl. UV-act. M33-15), kann offenbleiben, da der Entscheid nicht anderes ausfällt, wenn nachfolgend zu Gunsten der Beschwerdeführerin in dieser Hinsicht vom Vorliegen einer Listendiagnose ausgegangen wird. Knochenbrüche und Sehnenrisse (Art. 6 Abs. 2 lit. a und f UVG) wurden bildgebend in der Röntgenuntersuchung vom 8. Juli 2020 bzw. dem vorerwähnten MRI-Untersuch vom 13. Juli 2020 ausgeschlossen (UV-act. M7-4 und M3). Auch liegen keine Hinweise auf Verrenkungen von Gelenken (lit. b) oder Muskelläsionen (lit. d und e) vor, zumal unter einer Gelenkverrenkung rechtsprechungsgemäss lediglich (vollständige) Luxationen zu verstehen sind und insbesondere Distorsionen nicht darunter subsumiert werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2009, 8C_1000/2008, E. 2.3 m. w. H.; vgl. zum Ausschluss einer Distorsion im vorliegenden Fall aber bereits vorstehende



E. 5.2). Soweit Dr. J.____ in seinem Versicherungsbericht vom 14. Februar 2022 geltend macht, es hätten sich in den MRI-Aufnahmen vom 13. Juli 2020 überdies Flüssigkeitsansammlungen, die einer Blutung oder einem Ödem in den Weichteilen posterior entsprechen würden, und ein periostales Ödem entlang der posterioren distalen Tibiafläche gezeigt (UV-act. M23-2), handelt es sich dabei klarerweise nicht um Listenverletzungen i. S. v. Art. 6 Abs. 2 UVG, weshalb nicht weiter geprüft werden muss, ob solche Pathologien auf den MRI-Aufnahmen tatsächlich zu sehen waren (die entsprechende Argumentation war von Dr. O.____ in seiner Beurteilung vom 29. November 2022 als "nicht nachvollziehbar" bezeichnet worden [UV-act. M33-19]).

6.3. Dem Operationsbericht vom 24. Februar 2021 von Dr. G.____ (UV-act. M9) können ebenfalls keine Hinweise auf anderweitige Listenverletzungen entnommen werden. Der Vollständigkeit halber ist zudem festzuhalten, dass auch im späteren MRI-Untersuch vom 28. Mai 2021 (UV-act. M30) lediglich ein kleinzystisches Ganglion sowie ein Reiz-/Entzündungszustand und mithin keine anderweitigen allfälligen Listenverletzungen festgestellt worden sind. Somit sind einzig Bänderzerrungen als Listendiagnosen i. S. v. Art. 6 Abs. 2 UVG überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

6.4. Zu prüfen ist demnach nachfolgend, ob die Bänderzerrungen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vollständig abgeheilt waren und dieser somit nicht im Wege standen.

6.4.1. Dr. N.____ führte in seiner Beurteilung vom 22. Oktober 2021 hinsichtlich der erlittenen Kapselbandläsion aus, diese sei zwischenzeitlich abgeklungen und benötige keine Operation. Der Status quo (Gesundheitszustand, wie er sich auch ohne das Ereignis vom 7. Juli 2020 dargestellt hätte) sei spätestens im Zeitpunkt der OSG-Arthroskopie am 19. Februar 2021 erreicht gewesen (UV-act. M15). Dr. O.____ hielt in seiner Beurteilung vom 29. November 2022 fest, aufgrund der im Eintrag vom 11. September 2020 von Dr. D.____ in der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin festgehaltenen Befunde bzw. Lokalisation der Beschwerden (posterolateral retromalleolär im Verlauf der peroneus-longus-Sehne; UV-act. M25) sei davon auszugehen, dass die mediale Fussseite zu diesem Zeitpunkt nicht mehr symptomatisch gewesen sei, entsprechend einer spontanen Ausheilung des Deltabands innerhalb von zwei Monaten (UV-act. M33 16).

6.4.2. In Übereinstimmung mit den vorerwähnten Einschätzungen der Dres. N.____ und O.____ entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass im Allgemeinen Bänderzerrungen (ohne eigentlichen Riss) selbstlimitierend sind und innert weniger Wochen bis Monate vollständig abheilen (Alfred M. Debrunner, Orthopädie,



Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 412, 1097; vgl. auch: <<https://www.traumazentrum.ch/sprunggelenk-baenderriss/>> [zuletzt besucht am 5. September 2023]). Eine solche medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d. h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Vorliegend sind keine Umstände ersichtlich, welche auf eine aussergewöhnlich lange Heilungsdauer schliessen lassen würden. Insbesondere hatte auch Dr. G.____ in seinem Bericht zur Operation vom 19. Februar 2021 (UV-act. M9) keine Bänderläsionen (mehr) erwähnt, was darauf schliessen lässt, dass diese spätestens zu diesem Zeitpunkt abgeheilt gewesen waren. Mithin kann überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass die Bänderzerrungen der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (19. Februar 2021; rund sechs Monate nach dem Ereignis vom 7. Juli 2020) vollständig abgeheilt gewesen waren und dieser somit nicht entgegstanden.

6.5. Demnach konnte die Operation vom 19. Februar 2021 (UV-act. M9) nicht der Wiederherstellung bzw. Heilung der Listenverletzungen (Bänderläsionen) gedient haben. Dies wird von der Beschwerdeführerin bzw. deren behandelnden Ärzten auch nicht geltend gemacht. Vielmehr ist unbestritten, dass die Operation primär der Resektion des (als Ursache der Beschwerden angesehenen/vermuteten) Os trigonum/ Processus posterior tali links gedient hatte. Zwar wurde bei der Operation (offenbar vorbereitend) auch ein Débridement im Bereich des posterioren USG durchgeführt, d. h. Gewebe entfernt. Damit für dieses Vorgehen eine Leistungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin bestehen würde, müsste das überschüssige Gewebe eine (sekundäre) Folge der erlittenen Listenverletzungen (Bänderläsionen) sein. Dr. J.____ machte in seinen Versicherungsberichten vom 23. Dezember 2021 (UV-act. M20) und 14. Februar 2022 (UV-act. M23) lediglich eine (direkte) Unfall /Ereigniskausalität der geklagten Beschwerden bzw. des Narbengewebes geltend, nicht aber, dass die Entstehung des Narbengewebes auf die erlittenen Bänderläsionen zurückzuführen wäre. Da die Bänderläsionen allesamt im Bereich des oberen (und nicht des unteren) Sprunggelenks und zudem im anterioren und nicht im posterioren Bereich des Fusses



lokalisiert waren, würde es ohnehin nicht plausibel bzw. nachvollziehbar erscheinen, dass es sich bei dem Narbengewebe um eine (sekundäre) Folge der Bänderläsionen handelt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich dabei um einen ereignisfremden, vorwiegend krankhaften bzw. degenerativen (Vor)Zustand handelt. Demnach besteht bzw. bestand auch unter diesem Blickwinkel keine Leistungspflicht für die Operation vom 19. Februar 2021.

6.6. Es liegen auch keine Hinweise darauf vor, dass anlässlich der Operation vom 22. Dezember 2021 (sekundäre) Folgen der erlittenen Bänderläsionen behandelt worden wären. Vielmehr umfasste diese zweite Operation im Wesentlichen ein erneutes Débridement im posterioren Bereich des USG (vgl. UV-act. M21). Da in diesem Bereich bereits anlässlich der ersten Operation Narbengewebe entfernt worden war (welches mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Folge der Bänderläsionen dargestellt hatte, vgl. vorstehende E. 6.5), lässt die neuerliche Entstehung solchen Gewebes – obwohl die Bänderläsionen zu diesem Zeitpunkt bereits abgeheilt gewesen waren (vgl. vorstehende E. 6.4) – darauf schliessen, dass das Narbengewebe entweder auf einen degenerativen/krankheitsbedingten Gesundheitsschaden zurückzuführen ist oder auf die erste Operation. Von Letzterem ging Dr. N.____ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2022 aus (insbesondere bezeichnete er die Operation als "Revisions-OSG-Arthroskopie" [UV-act. M22-3]). Auch Dr. O.____ hielt in seiner Beurteilung vom 29. November 2022 fest, die operativen Eingriffe vom 19. Februar und 22. Dezember 2021 hätten keine unfallkausalen Gesundheitsschäden behandelt (UV-act. M33-20). Dr. J.____ führte in seinem Versicherungsbericht vom 23. Dezember 2021 aus, die Narbenbildungen im Bereich des OSG /USG-Gelenkkomplexes posterior seien einerseits kompatibel mit der vorher durchgeführten Operation und überdies mit dem erlittenen Trauma (UV-act. M20-2). Er begründet jedoch nicht, inwiefern die Narbenbildungen auf das erlittene Trauma bzw. Ereignis zurückzuführen sein sollen. Insbesondere macht er nicht geltend, es handle sich um Folgen der erlittenen Bänderläsionen. Vielmehr ist insgesamt aufgrund seiner Ausführungen davon auszugehen, dass er das Narbengewebe den seiner Ansicht nach am 7. Juli 2020 im Bereich des Rückfusses erlittenen Weichteilverletzungen (vgl. vorstehende E. 6.2) zuordnet, für die jedoch mangels Vorliegen eines Unfallereignisses keine Leistungspflicht besteht (vgl. vorstehende E. 5). Dass die neuerliche Entstehung von Narbengewebe auf die zu diesem Zeitpunkt bereits abgeheilten Bänderläsionen zurückzuführen wäre, erscheint umso weniger plausibel, als dass bereits die "erste" Narbenbildung nicht plausibel auf die Bänderläsionen zurückgeführt werden kann (vgl. vorstehende E. 6.5). Vielmehr ist nach dem Gesagtem auch hinsichtlich der zweiten Operation davon auszugehen, dass ein ereignisfremder Gesundheitsschaden



behandelt worden war. Somit besteht auch keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Operation vom 22. Dezember 2021.

6.7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG über den 19. Februar 2021 hinaus keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht bzw. bestand. Insbesondere besteht keine Pflicht zur Vergütung der Heilbehandlungskosten betreffend die Operationen vom 19. Februar und 22. Dezember 2021 (soweit eine solche nicht bereits erfolgt ist [vgl. zum erfolgten Verzicht auf eine Rückforderung vorstehend Sachverhalt A.η]).

7.

7.1. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die erfolgte Leistungseinstellung per 19. Februar 2021 bei gleichzeitigem Verzicht auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde vom 1. Februar 2023 – in Bestätigung des Einspracheentscheids vom 16. Dezember 2022 – abzuweisen.

7.2. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.3. Bei diesem Verfahrensausgang ist der (ohnehin nicht anwaltlich vertretenen) Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung auszurichten; die Beschwerdegegnerin hat – unabhängig vom Verfahrensausgang – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.