

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 15

Entscheid vom 12. April 2021

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Tanja Marty, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach,
6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 20__) ist seit dem 5. November 2018 bis 31. Juli 2023 in einem befristeten Arbeitsverhältnis bei der Firma C._____ angestellt. Zunächst arbeitete er als Praktikant und anschliessend begann er die Lehre zum Elektroinstallateur EFZ. Durch die Anstellung war A._____ bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 4. Februar 2019 zu Hause mit der Ferse auf einer Treppenstufe hängen blieb und sich am Fuss verletzte (vgl. Vi-act. 1; 9). Mit Schadenmeldung UVG vom 8. Februar 2019 informierte die Arbeitgeberin die Suva über diesen Unfall. Er sei zu Hause beim Treppenlaufen abwärts ausgerutscht. Als Verletzung wurde eine Überdehnung der Bänder des rechten Fussgelenks angegeben (vgl. Vi-act. 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Vi-act. 2; 3).

B. Aufgrund anhaltender Beschwerden im rechten Fussgelenk unterzog sich A._____ weiteren medizinischen Untersuchungen; schliesslich wurde er am 25. Juli 2019 in der D._____ bei Diagnose "Osteochondrale Läsion laterale Talusschulter oberes Sprunggelenk rechts" operiert (vgl. Vi-act. 22; 44).

C. Nach Einholen medizinischer Unterlagen sowie Konsultation des Kreisarztes verfügte die Suva am 20. November 2019 den Fallabschluss per 30. November 2019 und die Ablehnung eines darüber hinausgehenden Anspruchs auf weitere Versicherungsleistungen. Gemäss Kreisarzt seien die Beschwerden spätestens 12 Wochen nach dem Ereignis nicht mehr unfallbedingt; mit der Operation vom 25. Juli 2019 seien keine Unfallfolgen behandelt worden, dennoch habe die Suva die Kosten dafür übernommen (vgl. Vi-act. 65).

D. Gegen diese Verfügung erhob A._____ am 18. Dezember 2019 Einsprache (vgl. Vi-act. 73), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 21. Juli 2020 abwies (vgl. Vi-act. 80).

E. A._____ lässt am 31. August 2020 fristgerecht - unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 15. Juli 2020 bis 15. August 2020 (vgl. Art. 38 Abs. 4 lit. b i.V.m. Art. 60 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) - beim Verwaltungsgericht des Kantons Zug Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Dem Beschwerdeführer seien die ihm zustehenden UV-Leistungen weiterhin auszurichten.
2. Die Beschwerdegegnerin habe sämtliche zusätzlichen medizinischen Abklärungskosten durch Dr. E._____, D._____, im Umfang von CHF 400.00 an den Beschwerdeführer zurückzuerstatten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 6. November 2020 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 21. Juli 2020.

G. Da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz im Kanton N._____ hat, schrieb das Verwaltungsgericht des Kantons Zug das Verfahren S 2020 103 nach durchgeführtem Schriftenwechsel am 25. Februar 2021 ab und es überwies die Beschwerde mit samt den Verfahrensakten gleichentags zuständigkeitshalber ans Verwaltungsgericht des Kantons N._____ (vgl. Art. 58 ATSG).

Am 26. Februar 2021 zeigte das Verwaltungsgericht des Kantons N._____ den Parteien den Dossiereingang an. Da das Verwaltungsgericht des Kantons Zug bereits einen Schriftenwechsel durchgeführt habe und der Beschwerdeführer von seinem Replikrecht keinen Gebrauch gemacht habe, beabsichtige das Gericht den Schriftenwechsel als abgeschlossen zu betrachten. Von der den Parteien eingeräumten Möglichkeit, hierzu Stellung zu nehmen, wurde kein Gebrauch gemacht.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Basierend auf der ärztlichen Beurteilung ihres Kreisarztes Dr.med. F._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) lehnt die Vorinstanz ihre Leistungspflicht über den 30. November 2019 hinaus ab mit der Begründung, spätestens 12 Wochen nach dem Unfall vom 4. Februar 2019 hätten keine unfallkausalen Beschwerden am rechten Fuss mehr vorgelegen. Die vom Beschwerdeführer weiter geklagten Fussbeschwerden rechts und namentlich die operativ behandelte osteochondrale Läsion laterale Talusschulter rechts könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 4. Februar 2019 zurückgeführt werden. Dem widerspricht der Beschwerdeführer. Seines Erachtens ist gemäss dem erstbehandelnden Arzt Dr.med. G._____ (Facharzt FMH für Allgemeinmedizin) und dem Operateur Dr.med. E._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Leitender Arzt Fusschirurgie D._____) die Unfallkausalität gegeben, insbesondere letzterer komme zum Schluss, dass die osteochondrale Läsion aufgrund des Unfallereignisses zur Operationsindikation geführt habe.

Unbestritten ist, dass die Suva das Ereignis vom 4. Februar 2019 als Unfall anerkannte und Versicherungsleistungen bis zum 30. November 2019, d.h. auch für den operativen Eingriff vom 25. Juli 2019, erbrachte. Strittig und nachfolgend zu

prüfen ist, ob die Suva zu Recht die Unfallkausalität der osteochondralen Läsion laterale Talus Schulter rechts verneinte, den Fallabschluss per 30. November 2019 verfügte und einen darüber hinausgehenden Leistungsanspruch ablehnte.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.2.1 Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht grundsätzlich nur, soweit der beklagte Gesundheitsschaden Folge eines versicherten Risikos ist. Zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden wird somit ein natürlicher, als auch ein adäquater Kausalzusammenhang vorausgesetzt (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, in: Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], BSK Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Basel 2020, Rz. 56; BSK-Nabold, Kommentar zu Art. 6 UVG, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], BSK Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, Rz. 48 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 Erw. 3.1). Steht fest, dass ein allenfalls gegebener natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat wäre, kann die Leistungspflicht ohne weitere Abklärungen zum Bestand des natürlichen Kausalzusammenhangs verneint werden (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 5.1). Ist der natürliche Kausalzusammenhang zu verneinen, erübrigen sich Weiterungen zur Adäquanz (vgl. Urteil BGer 8C_833/2016 vom 14.6.2017 Erw. 5.2). Ist andererseits die Adäquanz zu verneinen, kann die Frage der natürlichen Kausalität offengelassen werden (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 5.1).

2.2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist

(vgl. BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

2.2.3 Das Auftreten von Beschwerden nach einem Unfallereignis ist für sich allein kein genügender Nachweis für den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung. Die Regel "post hoc ergo propter hoc" hat daher im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung keine beweisrechtliche Bedeutung (vgl. BSK-Hofer, a.a.O., Art. 4 ATSG, Rz. 60 mit Hinweisen auf BGE 142 V 325 Erw. 2.3.2.2; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.2.3.1).

2.2.4 Auch wenn ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und einem Gesundheitsschaden einmal vorliegt, kann dieser in der Folge wieder entfallen, womit auch die Leistungspflicht der Unfallversicherung endet. Im Idealfall kommt es nach einem Unfall zu einer vollständigen Abheilung der Unfallfolgen; es wird also wieder derjenige Gesundheitszustand erreicht, der unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat ("status quo ante"). War die Gesundheit der versicherten Person bereits vor dem Unfall beeinträchtigt, so entfällt der natürliche Kausalzusammenhang auch beim Erreichen desjenigen Zustandes, der sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf der Vorerkrankung auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte ("status quo sine"). Die Leistungseinstellung aufgrund des Erreichens des status quo sine ist indessen der versicherten Person dann nur schwer vermittelbar, wenn der krankhafte Vorzustand klinisch stumm war, mithin zu keinen Beschwerden geführt hatte. Steht medizinischerseits fest, dass keiner der beiden Status je wieder erreicht werden kann, so spricht die Rechtsprechung von einer "richtungsgebenden Verschlimmerung" (vgl. BSK-Nabold, a.a.O., Art. 6 UVG, Rz. 54).

2.3 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, a.a.O., Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 Erw. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des

Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1).

2.4 Der Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) verpflichtet das Sozialversicherungsgericht, von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 144 V 427 Erw. 3.2; BGE 138 V 218 Erw. 6).

Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (vgl. BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

2.6 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 bzw. der Anamnese abgegeben

worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs-internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die

Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Zum Unfallereignis vom 4. Februar 2019 und den daran anschliessenden Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

3.1 Gemäss Schadenmeldung vom 8. Februar 2019 rutschte der Beschwerdeführer am 4. Februar 2019 beim Treppenlaufen abwärts aus. Er habe sich dabei am rechten Fuss die Bänder überdehnt. Erstbehandelnder Arzt sei Dr.med. G. _____ gewesen (vgl. Vi-act. 1).

Anlässlich der telefonischen Befragung vom 9. April 2019 gab der Beschwerdeführer der Suva zur Auskunft, er sei zu Hause die Treppe hinuntergefallen. Er sei mit der Ferse auf einer Stufe hängen geblieben und der Fuss sei abgeknickt (vgl. Vi-act. 9).

Im Arzteugnis UVG vom 25. April 2019 notierte Dr.med. G. _____, der Beschwerdeführer habe den rechten Fuss beim Ausrutschen die Treppe runter umgetreten (vgl. Vi-act. 16). Im Überweisungsschreiben an die D. _____ vom 16. Mai 2019 führte derselbe Arzt aus, der Beschwerdeführer habe am 28. Januar 2019 [recte: 4.2.2019] den untersten Treppenabsatz verfehlt und sich den Fuss im Sinne eines Supinationstraumas verdreht (vgl. Vi-act. 22).

3.2.1 Gemäss Arzteugnis UVG vom 25. April 2019 erfolgte die Erstbehandlung am 6. Februar 2019. Der Beschwerdeführer könne mit dem rechten Fuss knapp auftreten; das OSG lateral sei wenig dolent. Der Röntgenbefund sei blande. Zudem erwähnte Dr.med. G. _____ ein MRI, das eine osteochondrale Läsion des medialen (sic) Talus zeige (vgl. Vi-act. 16).

3.2.2 Der Befund des in der Hausarztpraxis erstellten Röntgen OSG lautet (vgl. Vi-act. 26): Zentriertes OSG. Laterales Talusdom Impression ca. 8x6 mm in der ap-Aufnahme. Keine dislozierten ossären Auffälle. Ansonsten blande Bestrahlung. Va. osteochondrale Läsion im Sinne einer Impressionsfraktur lateraler Talusdom.

3.2.3 Das erwähnte MRI OSG rechts (nativ und nach i.v. KM) erfolgte am 27. Februar 2019 auf Zuweisung von Dr.med. G. _____ bei klinischer Angabe

"Status nach Trauma. Seit dem lateralbetonte Schmerzen. Beurteilung der Epiphysenfuge". Dr.med. H._____ (Fachärztin für Radiologie) berichtete am 28. Februar 2019 (vgl. Vi-act. 20):

Befund:

Reguläre Stellung im OSG und USG bei unauffälliger Abbildung der Chopart'schen Linie.

Reguläre Abbildung der Epiphysenfuge der distalen Fibula und Tibia.

Es zeigt sich eine osteochondrale Läsion im lateralen Aspekt der Talusrolle mit einer maximalen Grösse von 5 x 6 x 12 mm. Angrenzend Knochenmarködem.

Es lässt sich bereits eine deutliche Demarkierungslinie erkennen. Kein Anhalt für Dislokationen/Separationen der Fragmente. Keine Spaltenbildung.

Die übrigen Abschnitte des OSG und des erfassten Mittel- und Vorfusses sind unauffällig.

Die sämtlichen Flexoren- und Extensorensehnen sind unauffällig abgebildet. Medialer bzw. / lateraler Bandapparat sind unauffällig. Auch die muskulären Strukturen weisen reguläres Signalmuster auf.

Geringer Erguss im OSG.

Beurteilung

- Osteochondrale Läsion an der Talusrolle lateral betont mit einer max. Ausdehnung von 5 x 6 x 12 mm.
- Stadium II nach Kramer.
- Kräftiges angrenzendes Weichteilödem sowie ein deutlich erkennbarer Demarkierungssaum.
- Kein Anhalt für Dislokationen/Separationen der Fragmente.
- Keine Bandläsion.

3.3 Am 27. März 2019 suchte der Beschwerdeführer bei persistierender Schmerzproblematik bei OSG-Distorsion vom 4. Februar 2019 auf eigene Initiative hin (vgl. Vi-act. 22) die Sprechstunde von Dr.med. I._____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) auf. In der Folge berichtete dieser dem Hausarzt (vgl. Vi-act. 17):

Diagnose:

- St. n. OSG-Distorsionstrauma rechts mit Bandüberdehnung am lateralen Malleolus sowie des Ligamentum fibulotalare anterius.
- Ausgeprägt laxe Bandverhältnisse
- Als Supplement festgestellte osteochondrale Läsion in der Talusrolle lateral mit einer Ausdehnung von 5 x 6 x 12 mm (zystoide Veränderung) mit intakter darüberliegender Kortikalis.
- St. n. OSG-Distorsionstrauma vom 04.02.2019 des rechten OSGs.

Therapie und weiteres Vorgehen:

- Weglassen der Stöcke, zunehmende Mobilisation und Belastungsaufbau. Anlegen der verordneten MalleoTrain Plus-Bandage für 2 - 4 Wochen bei sprunggelenksbelastenden Tätigkeiten.
- Weiterführen der Physiotherapie
- Abschlusskontrolle bei uns Anfang Mai 2019.

Befund:

Rechtes OSG:

Inspektorisch unauffälliges rechtes OSG ohne Schwellung oder wesentliche Druckdolenz. Noch leichte Druckdolenz über dem Ligamentum fibulotalare anterius

rechts. Ansonsten hyperlaxe Bandverhältnisse beider Sprunggelenke, leichter Talusvorschub beidseits vorhanden bei ansonsten unauffälligen knöchernen Verhältnissen. Keine Druckdolenz über medialem oder lateralem Malleolus. Kein Kompressionsschmerz der Gabel. Gute Flexibilität mit Plantarflexion und Dorsalextension 40/0/30°, Pro-/Supination 45/0/45°. Periphere DMS intakt.

[Radiologie; vgl. oben Erw. 3.2.3]

Beurteilung, Therapie und Prozedere:

Wir sehen im Gegensatz zum MRI-Bericht in der osteochondralen Läsion im Bereich des Talus eine kongenitale Erscheinung, welche nichts mit dem Unfall zu tun hat. Hier ist lediglich eine OSG-Distorsion aufgetreten mit Bandverletzung lateral, welche inzwischen weitgehend ausgeheilt ist.

Zum Belastungsaufbau haben wir dem Patienten daher nun eine MalleoTrain-Bandage verschrieben, welche er für die nächsten 3 - 4 Wochen noch bei belastenden Tätigkeiten und bei seiner Arbeit tragen soll. Ansonsten kann er zunehmend mit Laufen, Springen und auch Velofahren das Sprunggelenk belasten. Eine Abschlusskontrolle ist bei uns Anfang Mai geplant.

3.4 Am 13. Mai 2019 erfolgte auf Zuweisung von Dr.med. G._____ eine weitere MRI-Untersuchung OSG rechts (nativ und nach i.v. KM). Med.pract. J._____ (Assistenzarzt Radiologie) und Dr.med. K._____ (Facharzt FMH Radiologie) berichten in der Folge (vgl. Vi-act. 23):

Klinische Angaben

Status nach osteochondraler Läsion lateraler Talusdom nach 7 Wochen. Weiterhin Belastungsschmerzen. Druckschmerz bei Palpation ventrale Talusrolle. Osteochondrale Läsion? Osteochondrosis dissecans? Zystenbildung?

Befund

Voruntersuchung vom 27.2.2019. Unveränderte Darstellung der Osteochondralen Läsion an der Talusrolle mit einer unveränderten Grösse von 0,5 x 0,6 x 1,2 cm. Stationäres Ödem. Unverändert geringe Kontrastmittelaufnahme im Bereich der Impression. Intakter Knorpelüberzug. Kein Hinweis auf ein Dissekat. Geringer OSG Erguss. Intakte Darstellung des Bandapparates. Normale Darstellung der langen Sehnen der Flexoren und Extensoren. Normale Darstellung der Spring-Ligamente.

Beurteilung

- Stationäre Darstellung der osteochondralen Läsion im Bereich der lateralen Talusschulter.
- Kein Dissekatsnachweis. Stationäres Knochenödem. Stationärer OSG Erguss.

3.5 Mit Schreiben vom 16. Mai 2019 überwies Dr.med. G._____ den Beschwerdeführer zur Beurteilung und weiterführenden Therapie an die D._____ (vgl. Vi-act. 22). Dem Überweisungsschreiben ist zu entnehmen, dass die erstbehandelnde Ärztin Dr.med. L._____ (Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin) war, die den Beschwerdeführer an Dr.med. G._____ überwies [Anm.: hierzu liegt kein Bericht im Recht]. Bei der Erstkonsultation vom 6. Februar 2019 habe der Beschwerdeführer mit Schmerzen voll belastet, das rechte OSG habe lateral wenig geschwollen imponiert, der proximale Ansatz des distalen lateralen Bandapparates und die distale Fibulaepiphyse sei druckdolent

gewesen; kein Stauchungs- oder Kompressionsschmerz, keine Instabilität. Das Röntgen des OSG rechts in zwei Ebenen habe keine ossären Läsionen gezeigt; bei Hauptschmerz im Bereich der Epiphyse sei die Verdachtsdiagnose einer Epiphyseolyse Grad I gestellt worden, die Behandlung sei mit einem semirigidem Cast sowie Krückenentlastung erfolgt. Weiter führte Dr.med. G._____ aus:

Bei eher zunehmenden Schmerzen und nicht mehr möglicher Vollbelastung des rechten Fusses bei klinisch nicht geschwellenem, stabilem, lateral und bei maximaler Plantarflexion über dem ventralen Talus sehr druckdolentem OSG erfolgte am 28.02.2019 eine MR-Tomographie des rechten Sprunggelenkes (Befund beiliegend), welche eine osteochondrale Läsion, 6x5x12 mm, am lateralen Talusdom zeigte, keine weiteren Begleitverletzungen. Es erfolgte eine Besprechung des Falles mit Herrn Dr. M._____, Orthopädie N._____ welcher zunächst ebenfalls die Entlastung empfahl und eine Intervention zum aktuellen Zeitpunkt ausschloss [Anm.: hierzu liegt kein Bericht im Recht]. [...].

Der Verlauf gestaltete sich ausserordentlich zäh, am 27.03.2019 wurde A._____ auf eigene Initiative beim Herrn Dr. I._____, Orthopäde N._____ vorstellig, welcher die Diagnose einer traumatischen Sprunggelenkläsion in Frage stellte und von einer angeborenen Taluszyste ausging. Die ausgeprägte Druckdolenz des Talus, die eindeutige Beurteilung der Läsion durch die radiologischen Kollegen als traumatisch bedingt, sowie insbesondere die Tatsache, dass keine weiteren Verletzungen vorliegen, welche die massiven Beschwerden erklären könnten, wecken bei mir Zweifel an dieser Einschätzung.

Im weiteren Verlauf kam es nicht zu einer Besserung der Belastungsfähigkeit, ein Arbeitsversuch mit vorhergehendem Taping des Sprunggelenkes am 09.04.2019, musste wegen nach 1 Stunde auftretenden starken Sprunggelenksbeschwerden am ersten Tag abgebrochen werden.

Im weiteren Verlauf zeigten sich zunehmende Schmerzen bei Plantarflexion des Fusses über dem ventralen Talusrinde [sic] sowie nur noch eine geringgradige Druckdolenz an der Aussenknöchelspitze bei leicht überwärmten, minim ventral geschwellenen Sprunggelenk ohne Erguss, stabil. [...] Aufgrund des ausserordentlich zähen Verlaufes, A._____ kann bei der Kontrolle am 15.5.19 den Fuss max. eine halbe Stunde belasten, danach ist er stark geschwollen und schmerzt auch sehr, sind die Eltern nun mit einer weiterführenden Diagnostik incl. einer allfälligen Arthroskopie einverstanden.

3.6 Am 7. Juni 2019 wurden dem Kreisarzt durch die Verwaltung Fragen zur Unfallkausalität unterbreitet. Er erbat, vor Abgabe einer ausführlichen Beurteilung den Bericht der D._____ abzuwarten und zum Vergleich eine Bildgebung des OSG links (Gegenseite) in die Wege zu leiten (vgl. Vi-act. 30).

3.7 Dem Sprechstundenbericht der D._____ vom 17. Juni 2019 von Dr.med. O._____ (Facharzt Chirurgie, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) und Dr.med. E._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Leitender Arzt Fusschirurgie D._____) ist folgendes zu entnehmen (vgl. Vi-act. 33):

Hauptdiagnosen

Fuss rechts:

Osteochondrale Läsion laterale Talusshulter mit/bei
St.n. OSG-Distorsion am 04.02.2019

[...]

Anamnese / Verlauf

Selbstzuweisung. Der Patient berichtet am 04.02.2019 auf einer Treppe gestürzt zu sein. Hierbei kam es zur OSG-Distorsion. Initial erfolgte die Ruhigstellung im Gips für 2 Wochen mit konsequenter Stockentlastung für 6 Wochen. Hiernach ebenso unter Physiotherapie Belastungsaufbau bei allerdings anhaltender Beschwerdesymptomatik. Der Patient berichtet weiterhin bei Gehstrecken von mehr als 30 Minuten deutlich Druckschmerzen im Bereich des rechten OSG zu verspüren. Er ist hier immer noch auf Stöcke angewiesen. Schmerzmedikamente werden nicht eingenommen. Der Patient ist derzeit Praktikant und steht kurz vor dem Ausbildungsbeginn zum Elektroinstallateur.

Untersuchungsbefunde

Vorstellung in Sandalen, an Unterarmgehstöcken mobil, mit OSG-Bandage. Physiologische Rückfussachse mit Nachvarisierung im Zehenspitzenstand.

Fuss rechts:

Gute Beweglichkeit im Rück-, Mittel- und Vorfuss. Integument unauffällig. Keine Druckdolenz. Stabilität des Bandapparates symmetrisch zur Gegenseite. Periphere DMS intakt.

Radiologiebefunde

Röntgen OSG ap und Fuss lateral belastet rechts vom 07.06.2019

Ossäre Läsion im Bereich der lateralen Talusrolle ansonsten erhaltene Artikulation. Kein Hinweis auf frische ossäre Läsionen.

MRI OSG Rechts (Nativ und nach i.v. KM) vom 13.05.2019

Stationäre Darstellung der osteochondralen Läsion im Bereich der lateralen Talusshulter. Kein Dissekatsnachweis. Stationäres Knochenödem. Stationärer OSG Erguss.

Beurteilung und Prozedere

(vidit et dixit Dr. med. E. _____)

Bei dem Patienten zeigt sich eine osteochondrale Läsion welche für die geschilderte Beschwerdesymptomatik verantwortlich zu machen ist. In Zusammenschau des radiologischen Befundes kann hier eine Arthroskopie mit vermutlich Débridement und Microfracturing oder je nach intraoperativem Befund retrograder Anbohrung mit Spongiosaplastik angeboten werden. [...]. Für den Besuch der Schule im Rahmen der Ausbildung ist mit einer Abwesenheit von gut 3 Wochen zu rechnen. Für den geh- und stehintensiven Beruf des Elektroinstallateurs mit einer Arbeitsunfähigkeit von gut 2 - 3 Monaten.

3.8 Im Schreiben vom 25. Juni 2019 berichtete Dr.med. G. _____ der Vorinstanz über das Ergebnis der gleichentags erfolgten Röntgenkontrolle des linken OSG, Gegenseite (vgl. oben Erw. 3.6). Er hielt dazu fest (vgl. Vi-act. 36):

Die Röntgenaufnahmen des linken Sprunggelenks in 2 Ebenen vom 25.6.2019 zeigt einen Normalbefund ohne jegliche Auffälligkeiten, insbesondere keine osteochondralen oder zystischen Befunde im Bereich des Talus.

3.9 Am 25. Juli 2019 erfolgte durch Dr.med. E._____ bei Diagnose "Osteochondrale Läsion laterale Talusschulter oberes Sprunggelenk rechts" eine Arthroskopie des OSG rechts, Defektdébridement und Mikrofrakturierung laterale Talusschulter rechts. Im Operationsbericht ist hierzu festgehalten (vgl. Vi-act. 44):

Technisches Vorgehen

[...]. Inspektorisch nur diskrete Vernarbungen im anterioren Kompartiment. Wenig hypertrophierte Zottenbildung antero-lateral. Der chondrale Überzug im anterioren Fünftel talar und tibial ist intakt. Nach Plantarflexion Darstellung einer Demarkationszone mit Durchmesser 4 mm an der lateralen Talusschulter, knapp anterior des Äquators. Der demarkierte Bereich ist leicht aufgeweicht. [...]. Der lose Knorpel wird abgetragen. Darunterliegend kann subchondral aufgeweichtes bröckliges Material dargestellt und entfernt werden. Dies bis zu einer Tiefe von ca. 5 mm. Hier kann ein solides Defektbett identifiziert werden. [...]. Unauffällige Verhältnisse im medialen und lateralen Gelenkrezessus. [...].

3.10 Auf entsprechende Fragestellung der Verwaltung hin hielt der Kreisarzt Dr.med. F._____ am 7. August 2019 fest, die Gesundheit des Beschwerdeführers am rechten Fussgelenk sei überwiegend wahrscheinlich schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Bei der Läsion handle es sich überwiegend wahrscheinlich nicht um Unfallfolgen, sondern um eine krankhafte Osteochondrosis dissecans (OD). Eine Läsion des Knorpels mit so tiefer Knochenimpression sei ohne entsprechende Verletzungen der Bänder und Kapsel nicht erklärbar. Der intraoperative Befund zeige eine intakte Knorpeloberfläche, was gegen ein Trauma spreche (vgl. Vi-act. 46).

Auf das Ersuchen des Kreisarztes, die Arthroskopiebilder der Operation anzufordern (vgl. Vi-act. 47), meldete die D._____ - nachdem sie zuerst unbrauchbare Bilder zustellte - zurück, gemäss Radiologie der Klinik, welche die Bilder verwalte, seien wohl keine Arthroskopie-Bilder vorhanden (vgl. Vi-act. 60).

3.11 Nach der ordentlichen Verlaufskontrolle rund 2 ½ Monate postoperativ konstatierte der Operateur Dr.med. E._____ am 18. Oktober 2019, der Beschwerdeführer laufe in normalem Konfektionsschuhwerk unter Vollbelastung und berichte über gelegentliche Schmerzen, die sich im OSG-Bereich bereits verbessert hätten. Er führe regelmässig Physiotherapie durch und sei mit dem Operationsergebnis sehr zufrieden. Gemäss Operateur lag ein erfreulicher Verlauf vor; eine weitere Verlaufskontrolle wurde für ein Jahr postoperativ vereinbart (vgl. Vi-act. 57). Dem Beschwerdeführer wurde noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 21. Oktober 2019 attestiert. Ab dem 22. Oktober 2019 bis 31. Januar

2020 durfte der Beschwerdeführer keine Lasten von mehr als 10 kg tragen (vgl. Vi-act. 58).

3.12 Am 7. November 2019 ersuchte die Vorinstanz Kreisarzt Dr.med. F._____ durch Vorlage konkreter Fragen um Beurteilung der Unfallkausalität (vgl. Vi-act. 61). In seiner Beurteilung vom 15. November 2019 fasste er den akutenmässigen Verlauf zusammen und gelangte zur folgenden Beurteilung (vgl. Vi-act. 63):

1.1 Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar sind, geführt?

Nein.

1.2 Ist insbesondere der Schaden, welcher operiert wurde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen?

Nein. Bei der Läsion des Talus handelt es sich überwiegend wahrscheinlich nicht um Unfallfolgen. Das MRI vom 27.02.2019 sowie jenes vom 13.05.2019 zeigen überwiegend wahrscheinlich eine Osteochondrosis dissecans. Im MRI vom 27.02.2019 wird eine "osteochondrale Läsion" beschrieben. Dies ist die objektive aber unpräzise Beschreibung der Bilder, es liegt eine Läsion zwischen Knorpel und Knochen vor. Es wird jedoch die für Osteochondrosis dissecans verwendete Klassifikation nach Kramer herangezogen. "Stadium II nach Kramer" bezeichnet eine im MRI sichtbare Osteochondrosis dissecans mit bereits sichtbarer isointensiver Linie, sprich Demarkierung der Osteochondralen Dissektion. Bereits der erstbehandelnde Orthopäde, Dr. med. I._____, hielt am 27.03.2019 in seiner Beurteilung fest, dass es sich bei der im MRI und im konventionellen Röntgen sichtbaren Veränderung der Talusrolle um eine Osteochondrosis dissecans, also um eine angeborene Erkrankung, handelt. Dr. med. G._____ führte in seiner Überweisung an die D._____ aus, die Radiologen hätten eine traumatische Ursache in ihrer Beurteilung erwähnt. Weder im MRI-Befund vom 27.02.2019 noch jenem vom 13.05.2019 wird jedoch diesbezüglich klar Stellung bezogen (dies wird in der Regel von einer radiologischen Beurteilung auch nicht verlangt, diese sollte die vorliegenden Befunde beschreiben). Gegen die überwiegende Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ursache spricht auch die Lokalisation der Osteochondrosis dissecans. Diese befindet sich fast 1 cm medial des Talusrandes. Bei einer traumatischen Osteochondralen Läsion ist in der Regel der Rand des Talus betroffen, nicht das Areal in Nähe des Taluszentrum. Bei einer zentralen Osteochondralen Läsion wäre zudem eine erhebliche traumatische Begleitverletzung zu erwarten, eine solche geht in der Regel mit einer Zerreissung des Bandapparates einher. Der intraoperative Befund mit erhaltenem Knorpelüberzug über der Osteochondralen Dissektion spricht ebenfalls gegen eine traumatische Ursache. Bei einer traumatischen Dissektion dieses Ausmasses wäre von einer Knorpelverletzung auszugehen.

2. Bei Verneinung der Frage 1.1 und 1.2: Ab wann spielen Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr, wobei der Einfluss der Operation ausser Acht zu lassen ist?

Beim Unfallereignis kam es zu einer Distorsion des oberen Sprunggelenkes, ohne objektivierbare zusätzliche strukturelle Läsionen im MRI. Erfahrungsgemäss ist in

einem solchen Fall nach spätestens sechs bis zwölf Wochen der Vorzustand wieder erreicht.

3. *Falls der Zeitpunkt dafür noch nicht beurteilbar ist, wann ist Frage 2 aus medizinischer Sicht wieder zu prüfen?*

Entfällt.

3.13 Im Rahmen des Einspracheverfahrens ersuchte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Dr.med. E. _____ um die Beantwortung von Fragen, worauf dieser am 17. Januar 2020 folgendes ausführte (vgl. Vi-act. 76):

1. *Sind die von Seiten der Radiologie bei Herrn A. _____ festgestellten Veränderungen im Talus als traumatisch unfallbedingt zu beurteilen (eventuell in einem Teil-Kausalzusammenhang)?*

Die Magnetresonanz-radiologisch festgestellten Veränderungen im Talus sind als traumatisch unfallbedingt anzusehen.

2. *Hätte die von Ihnen durchgeführte OP vom 25.07.2019 ohne Unfallereignis aufgrund des behaupteten krankheitsbedingten Vorzustandes hypothetisch gesehen ebenso durchgeführt werden müssen?*

Bei gleicher Symptomatik ja.

3. *Erachten Sie es als überwiegend wahrscheinlicher, dass Herr A. _____ 12 Wochen nach dem Unfallereignis vom 04.02.2019 unfallkausal/teil-unfallkausal weiterhin beschwerdebedingt eingeschränkt war und ist oder erachten Sie es als überwiegend wahrscheinlicher, dass die behaupteten medizinischen krankhaften Vorzustände dafür kausal sind?*

Ich erachte es als überwiegend wahrscheinlich, dass Herr A. _____ 12 Wochen nach dem Unfallereignis vom 04.02.2019 weiterhin beschwerdebedingt eingeschränkt war.

4. *Sonstige Bemerkungen Ihrerseits zur Aktenbeurteilung des Kreisarztes, Dr. med. F. _____ vom 15.11.2019?*

Bei der Diskussion, ob es sich beim vorliegenden Defekt um eine traumatisch bedingte oder degenerative Entwicklung handelt, argumentiert Herr Kollege F. _____ mit der Klassifikation nach Kramer, welche mir nicht gänzlich bekannt ist. Offensichtlich ist es so, dass die Kramer-Klassifikation zur Beurteilung und Stadieneinteilung einer Osteochondrosis dissecans beigezogen wird. Letztere ist per definitionem degenerativ bedingt. Zu erwähnen gilt, dass die Begriffe "Osteochondrale Läsion" und "Osteochondrosis dissecans" in Berichten häufig auch synonym behandelt werden. Die Terminologie "Osteochondrale Läsion" erscheint mir deshalb zur Beschreibung derartiger Veränderungen eher angebracht, da sie neutraler ist und unabhängig von der Genese der Läsion. So kann sie sowohl bei traumatischer als auch bei degenerativer Herkunft der Läsion verwendet werden. Tatsache ist gemäss Literatur, dass 94% aller Osteochondralen Läsionen im Bereich der lateralen Talusschulter traumatischer Genese sind. Entsprechend muss man im vorliegenden Fall davon ausgehen, dass der Ursprung der Beschwerdeentwicklung traumatischer Genese ist, zumal Herr A. _____ vor dem Unfallereignis hinsichtlich des betreffenden Sprunggelenkes beschwerdefrei war. Zudem muss erwähnt werden, dass anhand der intraartikulären Morphologie der Läsion kein eindeutiger Rückschluss auf den Ursprung der Läsion erhoben werden kann. Intraoperativ prä-

sentierte sich der Knorpel an der Läsionslokalisierung zwar vorhanden aber lose und aufgeweicht, was durchaus von einer traumatischen Genese herrühren kann. Abhängig von der Beschaffenheit der statischen Stabilisatoren in Form von Bändern muss es nicht zwangsläufig mit einer ausgedehnten Zerreissung derselben bei einer Verletzung des oberen Sprunggelenkes einhergehen, insbesondere bei Patienten mit einem eher laxen, dehnbaren Bandapparat.

3.14 Nach der Verlaufskontrolle ein Jahr postoperativ vom 29. Juli 2020 berichtete der Operateur, der Beschwerdeführer sei mit dem Ergebnis sehr zufrieden, er laufe mit Konfektionsschuhwerk unter Vollbelastung und habe bereits Fussball gespielt. Er verspüre gelegentliche Schmerzen im OSG-Bereich; eine Schwellungstendenz sei nicht mehr vorhanden. Ein neuer Termin wurde nicht vereinbart (vgl. Vi-act. 82).

3.15 Auf die nicht aktenkundige Anfrage vom 3. August 2020 des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers antwortete Dr.med. E. _____ am 26. August 2020 (vgl. Vi-act. 88):

Ich beziehe mich auf Ihre Anfrage vom 03.08.2020. Ich habe den Einspracheentscheid von der SUVA durchgelesen und halte an meinen Bemerkungen hinsichtlich der Beantwortung Ihrer Fragen im Schreiben vom 17.01.2020 fest. Darin wird festgehalten, dass aufgrund des zeitlichen Ablaufes der Geschehnisse bei vor dem Unfall beschwerdefreiem Patienten und nach dem Unfallereignis bestehenden Beschwerden eine Unfallkausalität gegeben ist.

Falls eine dezidiere Beurteilung dieses Falles notwendig ist, bedürfte es eines weiterführenden Gutachtens. Dafür müsste, wie im Einspracheentscheid der SUVA vom 21. Juli 2020 angedeutet, eine unabhängige ärztliche Instanz konsultiert werden.

4.1 Mit Einspracheentscheid vom 21. Juli 2020 - welcher die Verfügung vom 20. November 2019 bestätigte - führte die Vorinstanz aus, der Unfallversicherer habe in jenem Zeitpunkt seine Leistungen einzustellen, in welchem der Unfall keine ursächliche Rolle mehr spiele. Solange aber der Status quo ante oder der Status quo sine nicht erreicht seien, müsse der Unfallversicherer die Behandlung des krankhaften Vorzustandes übernehmen, soweit die Beschwerden durch den Unfall verursacht oder verschlimmert worden seien. Es müsse nicht bei jeder widersprüchlichen medizinischen Aktenlage zwingend ein klärendes versicherungsexternes Gutachten eingeholt werden. Die vom Bundesgericht geforderte kritische Beweiswürdigung ergebe vorliegend, dass auf die ärztliche Beurteilung von Dr.med. F. _____ vom 15. November 2019 vollumfänglich abgestellt werden könne. Er lege mit überzeugender und nachvollziehbarer Begründung dar, dass es sich bei der Läsion des Talus überwiegend wahrscheinlich nicht um eine Unfallfolge handle (vgl. oben Erw. 3.12). Dass es sich bei der Beurteilung von Dr.med. F. _____ "nur" um eine Aktenbeurteilung handle, würde den Beweis-

wert nicht schmälern, da er nicht einen medizinischen Sachverhalt erheben, sondern lediglich eine Kausalitätsbeurteilung gestützt auf eine lückenlos erfasste medizinische Aktenlage habe vornehmen müssen. Zudem sei nicht einzusehen, inwiefern sie ihre Abklärungspflicht verletzt haben soll, auf nochmalige Nachfrage hin habe die D. _____ mit E-Mail vom 6. November 2019 erklärt, dass wohl keine Arthroskopie-Bilder vorhanden seien. Zudem hätte der Versicherte selber in seinem nicht aktenkundigen Schreiben vom 20. Dezember 2019 nochmals um das Zusenden von allenfalls vorhandenem Bildmaterial ersuchen können.

Unverständlich sei, weshalb der Versicherte aus dem nachgereichten Bericht von Dr.med. E. _____ vom 17. Januar 2020 schliesse, dass die Unfallkausalität seiner Fussbeschwerden nun hinreichend nachgewiesen sei (vgl. oben Erw. 3.13). Bei genauer Betrachtung werde mit diesem Bericht der Standpunkt der Suva eher bestätigt als in Zweifel gezogen (Einspracheentscheid Erw. 5). Hinzu komme, dass Dr.med. E. _____ der behandelnde Arzt des Versicherten sei. Rechtsprechungsgemäss komme Berichten von behandelnden Ärzten zum Vorneherein nur sehr eingeschränkt Beweiswert zu. Ausserdem sei darauf hinzuweisen, dass die Kreisärzte wie auch die Fachärzte des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin seien und über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen würden. Der Arztbericht von Dr.med. E. _____ begründe demnach keine auch nur geringen Zweifel an der Zulässigkeit der Beurteilung des Kreisarztes Dr.med. F. _____. Der Vollständigkeitshalber sei erwähnt, dass gemäss Arztzeugnis der D. _____ vom 18. Oktober 2019 der Versicherte seit dem 22. Oktober 2019 wieder zu 100% arbeitsfähig sei (ausser Lastentragen von mehr als 10kg). Der Taggeldanspruch des Versicherten sei also bereits vor dem 30. November 2019 verfügten Fallabschluss erloschen.

4.2 Der Beschwerdeführer hält dem beschwerdeweise entgegen, dass diskrepante Beurteilungen - einerseits zwischen Dr.med. G. _____ und der Vorinstanz und andererseits zwischen dem Operateur Dr.med. E. _____ und dem Kreisarzt Dr.med. F. _____ - vorliegen würden. Der Kreisarzt würde in seiner Aktenbeurteilung vom 15. November 2019 implizit behaupten, dass der vor dem Unfallereignis beschwerdefreie, jugendliche Beschwerdeführer auch ohne äussere Unfalleinwirkung eine derartige Beschwerdesituation zu beklagen hätte und somit auch ohne Unfallereignis aufgrund des krankhaften Vorzustandes eine Umschulung hätte diskutiert werden müssen (vgl. Beschwerde S. 3). Hingegen komme der Operateur in seinem Bericht vom 18. Juni 2019 zum Schluss, dass die osteochondrale Läsion aufgrund des Unfallereignisses zu einer Operations-

notwendigkeit (Operationsindikation) führte, welche am 25. Juli 2019 ausgeführt worden sei. Bei divergierenden Meinungen zwischen behandelnden Ärzten und Kreisärzten müsse nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine zusätzliche medizinische Begutachtung in die Wege geleitet werden (vgl. Beschwerde S. 3).

Hinzu komme, dass Dr.med. F. _____ keine eigenen Untersuchungen vorgenommen habe. Aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung folge e contrario, dass eine reine Aktenbegutachtung bei unterschiedlichen medizinischen Befunderhebungen unzulässig und ohne Beweiswert sei (vgl. Beschwerde S. 5).

Weiter würde seitens der Vorinstanz eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes im Sinne von Art. 43 ATSG vorliegen, da diese für den Erhalt der Arthroskopie-Bilder ungenügende Nachforschungen unternommen habe. Nach Erhalt der Mail vom 6. November 2019 mit der Mitteilung: "Nach nochmaliger Rücksprache mit unserer Radiologie, die die Bilder verwaltet, sind wohl keine Arthroskopie-Bilder vorhanden.", hätte die Vorinstanz den Operateur direkt anfragen müssen, zumal es dem medizinischen Standard entspricht, dass bei Arthroskopien entsprechende Bilder angefertigt würden (vgl. Beschwerde S. 6).

Der Beschwerdeführer rügt weiter die Ungenauigkeit der Behauptung der Vorinstanz, indem diese Dr.med. E. _____ vorwerfe, dass die Operation vom 25. Juli 2019 bei gleichbleibender Symptomatik auch ohne Unfallereignis aufgrund des krankheitsbedingten Vorzustandes hätte durchgeführt werden müssen, indes Dr.med. E. _____ in seinem Bericht festgehalten habe, dass gemäss Literatur 94% aller osteochondralen Läsionen traumatischer Genese seien. Zudem hatte der Beschwerdeführer vorliegend nicht die gleiche Symptomatik, sondern war beschwerdefrei, womit es folglich nicht zur Operation gekommen wäre. Auch würde sich Dr.med. E. _____ nicht auf die Formel post hoc ergo propter hoc berufen, sondern in seinem Schreiben vom 17. Januar 2020 die klare Unfallkausalität medizinisch begründet nachzeichnen und im Schreiben vom 26. August 2020 bestätigen (vgl. Beschwerde S. 6).

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, der Kreisarzt sei lediglich Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie; im Gegensatz dazu sei Dr.med. E. _____ leitender Arzt der Fusschirurgie der D. _____. Dieser habe den Beschwerdeführer persönlich operiert und sich ein genaues Bild der Unfallverletzung machen können. Dr.med. F. _____ sei nicht Fusspezialist und habe lediglich eine Aktenbeurteilung vorgenommen. Aufgrund fehlender Fachkompetenz sowie der Tatsache, dass er lediglich eine Aktenbeurteilung vorgenommen habe, könne nicht auf die Ausführungen des vorinstanzlichen Kreisarztes abgestellt werden (vgl. Beschwerde S. 7).

Schliesslich habe der Beschwerdeführer zusätzliche Abklärungen via D._____ in die Wege leiten müssen. Diese Abklärungskosten seien dem Beschwerdeführer durch die Vorinstanz aufgrund der völlig unzureichenden Abklärung zurückzuerstatten. Ermessensweise würde CHF 400.00 geltend gemacht (vgl. Beschwerde S. 10).

5.1 Der angefochtene Einspracheentscheid stützt sich auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr.med. F._____ vom 15. November 2019 ab. Es ist damit - wie der Beschwerdeführer zu Recht erkennt - die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten (vgl. Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 Erw. 4.3), wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. BGE 142 V 58 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.4). Zu prüfen ist damit, ob der Stellungnahme von Dr.med. F._____ volle Beweiskraft zukommt und sich die Vorinstanz bei ihrer Leistungseinstellung und dem Fallabschluss zu Recht darauf abstützte.

5.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers stellt allein eine Diskrepanz zwischen der Beurteilung behandelnder Ärzte und des Kreisarztes noch keinen Grund dar, eine gerichtliche Begutachtung durchzuführen. Voraussetzung ist vielmehr, dass die abweichenden Beurteilungen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung erwecken. Liegen trotz abweichender Berichte keine Zweifel vor, besteht keine Veranlassung, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass es einer Erfahrungstatsache entspricht, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben Erw. 2.6). Andererseits ist dies nicht als starre Regel zu betrachten. Mit dem blossen Hinweis auf die allgemeine Erfahrungstatsache lässt sich daher nicht dartun, dass keine Zweifel bestehen (vgl. Urteil BGer 4A_544/2017 vom 30.4.2018 Erw. 4.2). Kommt hinzu, dass der Ungleichheit zwischen der Verwaltung mit ihren erheblichen finanziellen Ressourcen, besonders ausgebildeten Sachbearbeitern und entsprechend geschulten juristischen und medizinischen Fachpersonen einerseits sowie der versicherten Person andererseits dadurch Rechnung getragen wird, dass Stellungnahmen behandelnder Arztpersonen die versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bereits dann entkräften, wenn sie daran auch nur geringe Zweifel wecken (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.4). Immerhin ist aber zu erwarten, dass auch die Berichte der behandelnden Ärzte für die streitigen Belange umfassend sind und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen begründet sind. Insbesondere als Reaktion auf eine

versicherungsinterne Beurteilung darf zudem auch vom Bericht des behandelnden Arztes erwartet werden, dass er sich mit der abweichenden Beurteilung auseinandersetzt und die eigene Darstellung nachvollziehbar begründet. Die Festhaltung einer unbegründeten abweichenden Beurteilung allein vermag regelmässig keine Zweifel zu erwecken (vgl. Urteil BGer 8C_224/2020 vom 13.5.2020 Erw. 4.4).

Was die Bestreitung der fachlichen Fähigkeit resp. die höhere Gewichtung der Funktion von Dr.med. E. _____ durch den Beschwerdeführer anbelangt, so kann dem nicht gefolgt werden. Zum einen verfügen beide über den gleichen Facharzttitel (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; vgl. www.medregom.admin.ch). Zum andern sind die Kreisärzte der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (vgl. Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 5.2). Mithin besteht keine Veranlassung, die Beurteilung des Kreisarztes weniger zu gewichten.

5.3 Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer sodann in seiner Argumentation, die kreisärztliche Beurteilung sei nicht beweismässig, weil es sich um eine reine Aktenbeurteilung handle (vgl. zur Aktenbeurteilung oben Erw. 2.6). Dem Kreisarzt lagen die umfassenden Unterlagen der persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers vor; mithin ein lückenloser Befund. Der Unfallhergang ist unbestritten (vgl. oben Erw. 3.1). Unstrittig sind die Befunde. Die Diagnose der osteochondralen Läsion des OSG rechts wurde allseits erhoben und ist ebenso wenig strittig. Lediglich die Zuordnung zu einer Osteochondrosis dissecans (Stadium II nach Kramer) sowie das Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs werden in casu nicht deckungsgleich beurteilt. Dabei handelt es sich indes um eine Beurteilung resp. Fragestellung, die keinen persönlichen Untersuchungsbedarf macht. Selbst für ein gerichtliches Gutachten wäre nicht einzusehen, warum dieses nicht aktenbasiert erfolgen könnte. Dies umso mehr, als der Gesundheitsschaden zwischenzeitlich (bereits am 25.7.2019) operativ saniert wurde und der Schaden mitunter gar nicht mehr im persönlichen Untersuchungsgegenstand sein kann. Was den Bezug der arthroskopischen Bilder anbelangt, so kann der Vorinstanz diesbezüglich kein Vorwurf gemacht werden. Wenn die D. _____ mitteilt, für diese Bilder sei die Radiologie (und nicht der Operateur) zuständig und es fänden sich keine Bilder, dann ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz dies akzeptiert und nicht weiter insistiert. Bestehen seitens Beschwerdeführer dennoch Zweifel, dann wäre es ihm freigestanden, den Opera-

teur, mit welchem er mehrfach in Kontakt stand, direkt nach den Bildern zu fragen.

5.4.1 Dr.med. F._____ vermag seine ärztliche Beurteilung, wonach die operativ behandelte osteochondrale Läsion nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal ist, schlüssig, mehrfach begründet und in sich widerspruchsfrei darzulegen. Er setzte sich vertieft mit den MRI-Untersuchungen auseinander und legt in seiner Beurteilung zutreffend dar, dass die MRI-Untersuchung vom 27. Februar 2019 die osteochondrale Läsion einer Osteochondrosis dissecans und somit einer angeborenen Krankheit entspreche, nachdem sie vom Radiologen als Stadium II nach Kramer beschrieben worden sei. Zutreffend ist auch seine Feststellung, dass entgegen der Darstellung von Dr.med. G._____ in den Radiologiebefunden keine klare Stellung zu einer traumatologischen Ursache genommen werde. Weiter begründet er seine Beurteilung mit der Lokalisation der Osteochondrosis dissecans fast 1 cm medial des Talusrandes, da eine traumatische Läsion in der Regel den Rand des Talus betreffe, nicht aber das Areal in Nähe des Taluszentrums. Als weiteren Grund nennt er das Fehlen von Begleitverletzungen, die bei einer traumatischen osteochondralen Läsion zu erwarten wären. Schliesslich spreche auch der intraoperative Befund eines erhaltenen Knorpelüberzuges gegen eine traumatische Verletzung, da bei einer traumatischen Dissektion dieses Ausmasses von einer Knorpelverletzung auszugehen wäre.

5.4.2 Die kreisärztliche Beurteilung deckt sich mit dem Bericht von Dr.med. I._____, der schon am 27. März 2019 festhielt, die diagnostizierte osteochondrale Läsion im Bereich des Talus stelle eine kongenitale Erscheinung dar, die mit dem Unfall vom 4. Februar 2019 nichts zu tun habe (vgl. Vi-act. 17).

5.4.3 Soweit Dr.med. G._____ die traumatische Genese mit dem radiologischen Befund erklärt (vgl. oben Erw. 3.5), ist dem mit dem Kreisarzt entgegen zu halten, dass sich die Radiologen nicht zur Ursächlichkeit geäussert haben (vgl. oben Erw. 3.2.3 und 3.4). Seine Feststellung, dass keine weiteren Verletzungen vorlägen, welche die massiven Beschwerden erklären könnten, begründet keine Unfallkausalität der nicht bestrittenen osteochondralen Läsion laterale Talus-schulter. Er bestätigt damit aber, dass keine Begleitverletzungen vorliegen, was gemäss Kreisarzt bei einer traumatischen Läsion aber zu erwarten wäre. Damit aber vermag der erstbehandelnde Arzt keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken.

5.4.4 Im Sprechstundenbericht vom 17. Juni 2019 äussert sich Dr.med. E._____ nicht zur Frage der Kausalität. Soweit in der Diagnoseliste "Osteochondrale Läsion laterale Talusschulter mit/bei St.n. OSG-Distorsion am

04.02.2019" aufgeführt wird, so wird damit keine Ursächlichkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründet. Es sind darunter nicht zwingend unfallkausale, sondern zeitlich eben erst nach dem Unfall entstandene Beschwerden zu verstehen (vgl. Urteil BGer 8C_856/2017 vom 2.5.2018 Erw. 5.3). Ebensovienig wird mit der Feststellung, die Osteochondrale Läsion sei für die geschilderten Beschwerdesymptome verantwortlich zu machen, eine Aussage zur Ursache der Läsion gemacht. Erstmals zur Frage der Ursächlichkeit äussert sich Dr.med. E._____ am 17. Januar 2020 in der Antwort an den beschwerdeführerischen Rechtsanwalt. Hierbei hält er fest, die im MRI festgestellten Veränderungen am Talus seien als traumatisch unfallbedingt anzusehen. Eine Begründung hierfür nennt er jedoch nicht (vgl. oben Erw. 3.13). Obwohl ihm die kreisärztliche Beurteilung bekannt war und der Kreisarzt gerade auch aufgrund des MRI-Befundes eine unfallbedingte Ursache ausschloss, setzt sich Dr.med. E._____ damit nicht auseinander; er zeigt nicht auf, inwiefern der MRI-Befund den Schluss auf eine traumatische Genese nahelegt. Allein die unbegründete, abweichende Beurteilung vermag aber keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken (vgl. Urteil BGer 8C_224/2020 vom 13.5.2020 Erw. 4.4). Wenn er weiter auf die Frage, ob die durchgeführte Operation auch ohne Unfallereignis hätte durchgeführt werden müssen mit "bei gleicher Symptomatik ja" antwortet, so lässt auch dies die Unfallkausalität nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Denn die Antwort kann nur so interpretiert werden, dass die Symptomatik auch ohne Unfall identisch sein könnte. Mithin besagt diese Antwort nur, dass die Symptomatik nur möglicherweise auf einen/den Unfall zurückzuführen ist, kann sie doch auch ohne Unfall identisch sein; der Unfall stellt für die Symptomatik damit keine *conditio sine qua non* dar. Entsprechend vermag auch die weitere Antwort, wonach gemäss Dr.med. E._____ der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich auch 12 Wochen nach dem Ereignis weiterhin beschwerdebedingt eingeschränkt war, die Unfallkausalität nicht zu begründen. Denn wenn die identische Symptomatik auch ohne Unfall gegeben sein kann, der Unfall nur möglicherweise Ursache ist, dann stellt die Dauer der Beschwerden kein Argument für die Unfallursache dar. Im Übrigen bestreitet ja auch die Vorinstanz nicht, dass die Beschwerden aufgrund der osteochondralen Läsion länger als 12 Wochen anhalten. Die Frage ist indes, ob der Unfall hierfür ursächlich ist, was Dr.med. E._____ damit nicht beantwortet hat. Aber auch in der ausführlichen Antwort zu Frage 4 (vgl. oben Erw. 3.13) begründet Dr.med. E._____ nur eine mögliche, nicht aber überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität. So verwende er für beschriebene Veränderungen "Osteochondrale Läsion", da diese im Gegensatz zu "Osteochondrosis dissecans" neutraler und unabhängig der Genese sei. Mithin spricht seine Diagnose "Osteochondrale Läsion" nicht gegen das Vorliegen einer "Os-

teochondrosis dissecans". Wenn er des Weiteren festhält, vor dem Unfall sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei gewesen, so kommt dies - was die Vorinstanz zu Recht festhält - einer nicht zu beachtenden 'post hoc ergo propter hoc'-Argumentation gleich (vgl. oben Erw. 2.2.3). Auch Dr.med. E. _____ geht auf die intraartikuläre Morphologie ein. Wenn er dabei festhält, diese lasse keinen eindeutigen Schluss über die Ursächlichkeit zu, so vermag dies die Beurteilung des Kreisarztes, wonach diese nicht für eine traumatische Genese spreche, nicht in Zweifel zu ziehen. Keinesfalls wird damit eine Unfallkausalität überwiegend wahrscheinlich. Und schliesslich lässt auch die Feststellung, gerade bei eher laxen, dehnbaren Bändern müsse deren ZerreiSSung nicht zwangsläufige Begleitverletzung des vorliegenden Gesundheitsschadens sein, die osteochondrale Läsion laterale Talusschulter nur als möglicherweise unfallkausal erscheinen. All diese von Dr.med. E. _____ dargestellten "Möglichkeiten" vermögen aber die schlüssige und begründete Beurteilung des Kreisarztes nicht in Zweifel zu ziehen. Auch im weiteren Schreiben vom 26. August 2020 verweist Dr.med. E. _____ auf diese Antworten und betont noch einmal, die Unfallkausalität sei gegeben, nachdem die Beschwerden erst nach dem Unfallereignis aufgetreten seien. Dies aber stellt - wie erwähnt - kein Argument dar, das die Nachvollziehbarkeit der kreisärztlichen Beurteilung entkräften könnte.

5.4.5 Zusammenfassend liegen keine ärztlichen Berichte im Recht, welche auch nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken vermöchten. Damit aber hat die Vorinstanz zu Recht auf die Beurteilung von Dr.med. F. _____ abgestellt, wonach es sich bei der Läsion des Talus nicht überwiegend wahrscheinlich um eine Folge des Unfallereignisses vom 4. Februar 2019 handelt, sondern es beim Unfall zu einer Distorsion des OSG ohne objektivierbare zusätzliche strukturelle Läsionen kam.

5.5 Wenn die am 25. Juli 2019 operativ behandelte osteochondrale Läsion laterale Talusschulter rechts keine Unfallfolge darstellt, dann hat die Vorinstanz hierfür keine Versicherungsleistungen zu erbringen. Solche sind nur für die Folgen der OSG-Distorsion geschuldet. Gemäss Kreisarzt ist dabei erfahrungsgemäss davon auszugehen, dass spätestens sechs bis zwölf Wochen nach Unfall der Vorzustand wieder erreicht ist. Dies wird bestätigt durch den Bericht von Dr.med. I. _____, wonach die OSG-Distorsion mit aufgetretener Bandverletzung im Zeitpunkt seiner Sprechstunde am 27. März 2019 "inzwischen weitgehend ausgeheilt" sei (vgl. Vi-act. 17). Auch im Untersuch in der D. _____ vom 17. Juni 2019 zeigten sich stabile Bandverhältnisse, symmetrisch zur Gegenseite (vgl. oben Erw. 3.7). Dem widersprechende Arztberichte liegen keine vor. Damit aber ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz den Fall per 30. November 2019

abschloss und einen Leistungsanspruch darüber hinaus ablehnte. Mithin zu einem Zeitpunkt, als der Beschwerdeführer wieder 100% arbeitsfähig war und nur noch die Verlaufskontrolle ein Jahr postoperativ anstand (vgl. Vi-act. 57, 58).

6. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

7.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.2 Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Ausgang keiner (Art. 61 lit. g ATSG).

7.3 Unter dem Titel Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG) sind auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteipertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (vgl. Urteil BGer 8C_254/2010 vom 15.9.2010 Erw. 5 mit Hinweis auf BGE 115 V 62; Urteil BGer 8C_673/2009 vom 22.3.2010 Erw. 8.2).

Die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (vgl. Urteil BGer 8C_542/2008 vom 20.11.2008 Erw. 6.1 mit Hinweis). Dies ist vorliegend nicht der Fall, die Kosten gehören nicht zu den notwendigen Expertenkosten, so dass dem Antrag des Versicherten, die Kosten für die von ihm in Auftrag gegebenen Abklärungen der Vorinstanz aufzuerlegen, nicht stattzugeben ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und an das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. April 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. April 2021