

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2023 47

## Entscheid vom 10. August 2023

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,

**gegen**

**B.**\_\_\_\_\_ **AG**,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1995) war seit dem 1. März 2020 bei C.\_\_\_\_\_ GmbH als Restaurationsmitarbeitende angestellt und dadurch bei der B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend B.\_\_\_\_\_) obligatorisch unfallversichert, als sie am 5. September 2021 um 2 Uhr in D.\_\_\_\_\_ eine Freundin vom Ausgang abholen wollte und dabei über einen Absperrungssockel gestürzt ist, den sie wegen der Dunkelheit nicht gesehen hatte. Dabei verletzte sie sich am Fussknöchel (Vi-act. 1, 3). B.\_\_\_\_\_ anerkannte ihre Leistungspflicht und bestätigte am 16. September 2021 den Leistungsanspruch von A.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 2, 6).

**B.** Am 29. Dezember 2021 ersuchte das Spital E.\_\_\_\_\_ die B.\_\_\_\_\_ um Kostengutsprache für eine für den 13. Januar 2022 geplante Operation (Vi-act. 21), welche die B.\_\_\_\_\_ nicht erteilte, sondern deren Prüfung in Aussicht stellte (Vi-act. 31). Am 13. Januar 2022 führte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) bei Diagnose OSG-Distorsionstrauma mit Weber-A-Fraktur und Pseudoarthrose bei Bandruptur eine OSG-Stabilisationsoperation links mit LFTA- und LFC-Rekonstruktion sowie Fragment Entfernung durch (Vi-act. 57). Nachdem die B.\_\_\_\_\_ bei Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie; Vertrauensarzt SGV, SIM-Gutachter) ein Aktengutachten eingeholt hatte (Vi-act. 60), informierte sie A.\_\_\_\_\_ am 18. März 2022, die Leistungen per 5. Dezember 2021 einzustellen und auf eine Rückforderung bereits erbrachter Versicherungsleistungen zu verzichten (Vi-act. 72). Nach weiteren Abklärungen mit erneuter Aktenbeurteilung durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_ verfügte B.\_\_\_\_\_ am 15. September 2022 die Leistungseinstellung per 5. Dezember 2021 und den Verzicht auf Rückforderung bereits erbrachter Versicherungsleistungen (Vi-act. 107).

**C.** Am 10. Oktober 2022 erhob A.\_\_\_\_\_ Einsprache gegen die Leistungseinstellung (Vi-act. 110), welche B.\_\_\_\_\_ mit Entscheid vom 3. Mai 2023 abwies (Vi-act. 118).

**D.** A.\_\_\_\_\_ erhebt am 23. Mai 2023 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit dem sinngemässen Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die B.\_\_\_\_\_ sei zu verpflichten, Versicherungsleistungen über den 5. Dezember 2021 hinaus zu erbringen.

**E.** Mit Vernehmlassung vom 14. Juni 2023 beantragt die B.\_\_\_\_\_, die Beschwerde sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen abzuweisen.

Hierzu nimmt die Beschwerdeführerin mit undatierter Eingabe (Postaufgabe 20.6.2023) Stellung.

## **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die B.\_\_\_\_\_ die Versicherungsleistungen zu Recht per 12. Dezember 2021 eingestellt hat unter Verzicht auf Rückforderung von danach erbrachten Versicherungsleistungen.

**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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

**2.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

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 entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 E. 5.3 je mit Hinweisen).

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des

eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

**2.3** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C\_331/2015 E. 2.1.1; 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

**2.4** Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteile BGer 8C\_305/2022 vom 13.4.2023 E. 5.1; 8C\_474/2022 vom 29.3.2023 E. 3.2; 8C\_187/2017 vom 11.8.2017 E. 2.3;

8C\_176/2016 vom 17.5.2016 E. 3.2; 8C\_249/2016 vom 1.3.2017 E. 3.2) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden dahingefallen sei (Urteil BGer 8C\_548/2019 vom 10.1.2020 E. 4.2.2).

**2.5** 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, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 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 E. 5.1).

**2.6** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur

insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). 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 (BGE 144 V 361 E. 6.5).

**2.7** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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.

**2.7.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C\_270/2022 vom 12.10.2022 E. 4.3). 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**2.7.2** 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 (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 E. 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 versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

**2.7.3** 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 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 E. 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 E. 2 mit Hinweisen).

**2.7.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). 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 bestimm-

te Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

**3.** Was das Unfallereignis vom 5. September 2021, die Schädigung und den Gesundheitsverlauf anbelangt, ergibt sich aus den Akten:

**3.1** Gemäss Unfallmeldung vom 9. September 2021 stürzte die Beschwerdeführerin am 5. September 2021 nachts um 2 Uhr über einen Absperrungssockel, weil sie diesen wegen Dunkelheit nicht gesehen habe. Als Verletzung wird das Fussgelenk links, Bänderriss aussen genannt. Seit dem 6. September 2021 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 1).

**3.2** Am 5. September 2021 suchte die Beschwerdeführerin Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Innere Medizin) auf. Sie sei über ein Gitter gestürzt und habe den Fuss verknackst. Der Arzt dokumentiert, es sei keine Belastung möglich, jede Bewegung und lokaler Druck massive. Verdacht auf OSG Distorsion höheren Grades links am 4.9.2021 [recte 5.9.2021]. Er meldete die Beschwerdeführerin für ein CT OSG an, ordnete Vollentlastung an Stöcken an sowie NSAR und angepasste Analgesie, hochlagern und kühlen (Vi-act. 34 S. 3).

**3.3** Der Befund des CT Sprunggelenk nativ links vom 6. September 2021 ergab (bei klinischer Angabe OSG-Distorsion links am 4.9.2021 [recte 5.9.2021], klinischem Verdacht auf Fraktur, konventionell radiologisch keine Fraktur, und Fragestellung Fraktur, Bandläsion soweit beurteilbar?) als Befund (Vi-act. 34 S. 5):

Keine Voruntersuchung zum Vergleich vorliegend

- Zwei maximal 1.2 cm messende Ossikel kaudal des Malleolus lateralis, DD alt posttraumatisch
- Kein Nachweis einer frischen Fraktur
- Geringe diffuse Fettgewebsimbibierung entlang des medialen und lateralen Bandapparates, DD posttraumatisch

**3.4** Anlässlich der Notfallkonsultation vom 5. September 2021 bei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin an, ein Arbeitsversuch am Vortag habe nicht richtig geklappt. Am Abend habe sie vermehrt Schmerzen, Pulsieren und Kribbeln gehabt. Unter 'objektiv' notierte der Arzt, sie könne voll belasten, die Beweglichkeit sei deutlich gebessert, normales Abrollen unter Schmerzen möglich. Er ordnete Teilbelastung an Stöcken an, wobei auf normales Gangbild zu achten sei. Bis zur Kontrolle am 13. September 2021 sei auf Arbeitsversuche zu verzichten. Anlässlich dieser Kontrolle korrigierte der Arzt das Gangbild, setzte die Arbeitsunfähigkeit auf 50% und stellte bei Verschlechterung oder fehlender Besserung eine MRI-Diagnostik in Aussicht. Am 21. September 2021 berichtete

die Beschwerdeführerin über gebesserte Schmerzen (von VAS 9/10 auf 6/10). Der Arzt (Kürzel CS) notierte ein leicht hinkendes Gangbild, Ankle-Brace, keine Schwellung, kein Hämatom. Druckschmerz des linken OSG p.m. lateral über LFTA > Lig. tibiofibulare anterius. Druckschmerz weiterhin über Syndesmose distal. Angrenzende Gelenke unauffällig, periphere DMS intakt. Er veranlasste eine MRI-Untersuchung und bestätigte die 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 34 S. 3).

**3.5** Am 23. September 2021 berichtete Prof. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ zum MR OSG links mit i.v. Kontrastmittel vom gleichen Tag (Vi-act. 22):

**Klinische Angaben**

OSG-Distorsion links Grad 2-3 Uhr 04.09.2021. Kein Nachweis einer frischen Fraktur. Geringe Fettgewebsinjektion entlang des medialen und des lateralen Kollateralbandes, DD posttraumatisch. Aktuell posttraumatisches Instabilitätsgefühl, Druckschmerz linkes OSG, lateral über LFTA, Druckschmerz weiterhin über Syndesmose

**Fragestellung**

LFTA, Ligamentum tibiofibulare anterius, Syndesmosen Läsion

**Befund**

Normale Signalgebung im Bereich der hinteren Syndesmose, geringe Signalalteration im Verlauf der vorderen Syndesmose. Regelrechte Abgrenzbarkeit des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum fibulotalare posterius. Auch das Ligamentum fibulo kalkaneare lässt sich regelrecht abgrenzen. Normale Abgrenzbarkeit des Ligamentum deltoideum. Regelrechte Darstellung der Achillessehne. Gering Flüssigkeit im oberen Sprunggelenk. Normale Signalgebung im Bereich der Peronealsehnen und der Tibialis-Posterior-Sehnen Gruppe. Diskrete ödematöse Veränderung im Bereich des Os cuboideum im medialen Oberrand. Talus und Naviculare sowie Calcaneus ohne Hinweis für ein Knochenmarködem. Es kommt ein Ossikel unterhalb der Fibulaspitze zur Darstellung, der Durchmesser beträgt 10 mm, es handelt sich dabei um ein Os subfibulare. Es finden sich ödematöse Veränderung zwischen der Fibulaspitze und dem Os subfibulare.

**Beurteilung**

Kein Hinweis für eine ligamentäre Verletzung.

Kleine Partilläsion im Bereich der vorderen Syndesmose, jedoch keine vollständige Ruptur. Auch ist ein Ödem unmittelbar ventral der vorderen Syndesmose abgrenzbar.

Diskretes Knochenmarködem im Bereich des medialen Kuboids.

Das Ödem zwischen der Fibulaspitze und dem Os subfibulare spricht für das Vorliegen eines traumatisierten Os subfibulare, wobei denkbar ist, dass eine Lockerung zwischen dem Aussenknöchel und dem beschriebenen Os subfibulare durch die Distorsion erfolgt ist (siehe hierzu auch: "Dauerhafte Schmerzen nach Umknicken des Fusses- traumatisiertes Os subfibulare", Fall des Monats Schulthess Klinik).

Begleitender Erguss im oberen Sprunggelenk.

**3.6** Anlässlich der Konsultation in der Hausarztpraxis vom 27. September 2021 klagte die Beschwerdeführerin über gleichbleibende Schmerzen sowie weiterhin

einem Gefühl von Instabilität im OSG. Die Beschwerdeführerin wurde an die J.\_\_\_\_\_ überwiesen (Vi-act. 34 S. 4).

**3.7.1** Am 29. September 2021 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Facharzt Chirurgie; J.\_\_\_\_\_) untersucht (Vi-act. 35). Als Diagnose erhob er eine posttraumatische antero-laterale OSG-Instabilität links mit/bei Partiaalläsion vorderes Syndesmosenband und grossem Abrissfragment des antero-lateralen Bandapparates (Os subfibulare) mit Lockerung im CT und MRI. Weiter berichtete er Dr.med. H.\_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei etwas verzweifelt, da sie keine Verbesserung der Instabilitätssymptome habe. Klinisch bestätige sich tatsächlich deutliche laterale Aufklappbarkeit und vordere Schublade, sogar beginnende Rotationsinstabilität medial. Dies entspreche dem CT- und MR-Befund mit relativ grossem Abrissfragment an der distalen Fibula. Er habe ihr die therapeutischen Optionen erklärt, sie tendiere in Richtung Operation, da sie sportlich unterwegs sei und wolle, dass das OSG wieder halte. In der Zwischenzeit beginne sie Physiotherapie.

**3.7.2** Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (FMH für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie) schreibt am 4. Oktober 2021 der Hausarztpraxis, die Beschwerdeführerin habe ihn am 1. Oktober 2021 zwecks Zweitmeinung nach OSG-Distorsion rechts [sic] aufgesucht. Als Diagnose führt er einen Zustand nach OSG Distorsion rechts [sic] mit lateraler Bandläsion und traumatisiertem Os subfibulare, kleine Läsion der vorderen Syndesmose OSG rechts [sic] auf. Die J.\_\_\_\_\_ wolle unbedingt operieren. Er selbst würde zurzeit keine operative Therapie empfehlen und eine Chance geben, dies eventuell konservativ zum Ausheilen zu bringen. Sollten nach 3-6 Monaten Probleme vorliegen, dann könne dies immer noch operativ angegangen werden, wenn notwendig. Sie solle weiterhin OSG-Orthese tragen, Trainingsprogramm beginnen und in zwei Wochen zur Kontrolle kommen (Vi-act. 34 S. 9).

**3.7.3** Am 1. Oktober 2021 konsultiert die Beschwerdeführerin den Hausarzt telefonisch. Sie sei beunruhigt, die J.\_\_\_\_\_ wolle sofort operieren. Dr.med. L.\_\_\_\_\_ habe gesagt, auf gar keinen Fall operieren, sondern Kontrolle in 3 Monaten. Sie bestätige, dass das OSG instabil sei. Nun wisse sie gar nicht mehr weiter. Der Hausarzt veranlasste eine Zweitmeinung.

**3.7.4** Die Konsultation zwecks Zweitmeinung fand am 7. Oktober 2021 bei Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie) statt (Vi-act. 13). Er stellte die Diagnose eines Supinationstraumas OSG links vom 4. September 2021 [recte. 5.9.2021] mit traumatisiertem Os subfibulare. Im Anschluss an den Unfall habe sie Schmerzen, vor allem lateral, gehabt, im Verlauf Ausbildung einer Gelenk-

schwellung und Hämatomverfärbung. In der ersten Woche ausgeprägte Schmerzsymptomatik; sie sei nur an Stöcken mobil gewesen. Ab der zweiten Woche deutliche Besserung. Sie trage seither eine OSG-Orthese, ohne Orthese fühle sie sich etwas unsicher. Früher hätte sie keine OSG-Beschwerden gehabt. Dr.med. M. \_\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung:

Klinisch fällt vor allem die laterale Bandinstabilität an beiden Sprunggelenken auf bei allgemeiner Bandlaxizität. Am 06.09.2021 wurde eine CT-Untersuchung des linken OSG und am 23.09.2021 eine MRT-Untersuchung des linken OSG durchgeführt. Hier zeigt sich ein grosses, zweigeteiltes Os subfibulare mit im MRT sichtbaren Umgebungsödem was für eine Traumatisierung der bindegewebigen Verbindung zur Fibula spricht. Die Bandstrukturen sind soweit regelrecht abgrenzbar. Ich habe die Befunde ausführlich mit der Patientin besprochen und zunächst eine konservative Therapie empfohlen. Eine Verordnung für die Physiotherapie hat die Patientin bereits erhalten, war jedoch erst einmal im Behandlung. Neben lokal analgetisch/antiphlogistische Massnahmen ist ein gezieltes Propriozeptionstraining zur besseren Stabilisierung des OSG sinnvoll.

Falls die Beschwerden unter der konservativen Therapie nicht abklingen wäre die Indikation zur Resektion des grossen Os subfibulare gegeben. Die OSG Orthese sollte in den nächsten 2 Wochen noch konsequent getragen und dann zunehmend weggelassen werden. Die Patientin arbeitet im Service, die Arbeitsunfähigkeit beträgt aktuell 50%, diese habe ich bis zum 24.10.2021 verlängert. Die Patientin war zwischenzeitlich bei mehreren Orthopäden zur Beurteilung, würde die Weiterbehandlung aber gerne bei mir durchführen lassen. Sie wird sich nach Rücksprache mit Dir wieder melden.

**3.7.5** Anlässlich der Konsultation vom 22. Oktober 2021 bei Dr.med. M. \_\_\_\_\_ berichtete die Beschwerdeführerin über eine weitgehend unveränderte Beschwerdesymptomatik (Vi-act. 14). Zeitweise spüre sie einen stechenden Schmerz im Bereich des Aussenknöchels, bei längerem Laufen kommt es zu Schmerzen

eher hinter dem Aussenknöchel. Zuhause laufe sie überwiegend ohne Orthese, dann jedoch vermehrte Schmerzen. Weiter berichtete der Orthopäde dem Hausarzt:

**Befund:**

Gangbild mit Orthese flüssig und hinkfrei. Lokal keine Schwellung mehr, OSG frei beweglich mit Dorsalextension/Plantarflexion 20-0-50°. Bekannte deutliche laterale Aufklappbarkeit bei allgemeiner Bandlaxizität. Im Bereich des Os subfibulare kein Druckschmerz, hingegen findet sich ein Druckschmerz retromalleolar entlang der Peronealsehnen.

**Beurteilung und Procedere:**

Ich habe die Befunde nochmals ausführlich mit der Patientin besprochen. Erfreulicherweise findet sich im Bereich des traumatisierten Os subfibulare kein Druckschmerz mehr, hingegen bestehen Schmerzen entlang der Peronealsehnen. Die Physiotherapie und das Propriozeptionstraining soll konsequent weitergeführt werden da die Patientin das Sprunggelenk überwiegend über die Sehnen stabilisieren

muss. Die aktuell noch vorhandenen Beschwerden sind für mich am ehesten Folge einer Überlastung der Peronealsehnen. Die Orthese sollte während der Arbeit konsequent getragen, zu Hause aber zunehmend weggelassen werden. Die Arbeitsunfähigkeit beträgt noch weitere 2 Wochen 50%, bei gutem Verlauf ist dann wieder eine volle Arbeitsaufnahme vorgesehen. Nächste klinische Verlaufskontrolle in 4 Wochen.

**3.8.1** Am 17. November 2021 berichtete die Beschwerdeführerin der B.\_\_\_\_\_, wegen den weiterhin erheblichen Beschwerden wolle der Hausarzt sie noch an einen zweiten Spezialisten überweisen (Vi-act. 17). Gemäss Überweisungsschein vom 16. November 2021 hat sie ein Dr.med. N.\_\_\_\_\_  
(Facharzt Allgemeine Innere Medizin) an Dr.med. F.\_\_\_\_\_ überwiesen. Am 18. November 2021 informierte die Beschwerdeführerin, die Konsultation finde am 30. November 2021 statt (Vi-act. 18).

**3.8.2** Am 27. Januar 2022 stellt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_ folgenden Konsultationsbericht vom 30. November 2021 zu (Vi-act. 45):

**Diagnose**

- Pseudarthrose/verzögerte Frakturheilung bei St. n. Weber-A-Fraktur lateraler Malleolus links

**Anamnese**

Die Patientin hat sich am 05.09.2021, im Rahmen eines Sturzes, ein OSG-Distorsionstrauma links zugezogen. Seither rezidivierende Bewegungs- und Belastungsbeschwerden. Die Patientin hat bisher einen Brace getragen, eine Physiotherapie wird durchgeführt, jedoch gibt sie anhaltende Bewegungs-, Belastungs- wie auch zeitweilige Ruhebeschwerden von Seiten des lateralen OSG an.

**Befunde**

Ausgeprägte Schmerzen von Seiten des lateralen Malleolus, bei Testung der OSG-Stabilität, Auslösung von einschliessenden, stechenden Schmerzen im Bereich des lateralen Malleolus. Die periphere Sensomotorik und Durchblutung ist soweit o.B.

**Röntgen/MRI**

OSG links: Keine Frakturheilung bei St. n. Weber-A-Fraktur im Bereich des lateralen Malleolus nachweisbar.

**Beurteilung und Procedere**

Aufgrund der verzögerten Frakturheilung bzw. V.a. Pseudarthrose, haben wir der Patientin, aufgrund der anhaltenden Beschwerden, die Durchführung einer Osteosynthese oder Bandrekonstruktion empfohlen.

**3.8.3** Am 29. Dezember 2021 ersuchte das Spital E.\_\_\_\_\_ um Kostengut-  
sprache für einen stationären Aufenthalt, allgemeine Abteilung, der Beschwerde-  
führerin für einen geplanten Eintritt am 13. Januar 2022 bei Diagnose S90 (Ober-  
flächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fusses). Am 4. Januar 2022 in-  
formierte B.\_\_\_\_\_ das Spital, die gewünschte Kostengarantie könne aktuell

noch nicht erteilt werden; sobald die Unterlagen zur Beurteilung der Leistungspflicht vorliegen würden, werde man schriftlich Stellung nehmen (Vi-act. 31).

**3.8.4** Am 13. Januar 2022 erfolgte bei Diagnose OSG-Distorsionstrauma mit Weber-A-Fraktur und Pseudarthrose bei Bandruptur eine operative OSG-Stabilisation links mit Mitek-Anker und LFTA- und LFC-Rekonstruktion sowie Fragment-Entfernung (Vi-act. 57). Sie habe sich am 5. September 2021 ein schweres OSG-Distorsionstrauma links zugezogen; bei der initialen Abklärung habe sich eine Weber-A-Fraktur gezeigt. Anhaltende Beschwerden. Die erneuten radiologischen Stellungskontrollen hätten keine Frakturkonsolidierung gezeigt, so dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ letztlich für eine Osteosynthese oder aber eine Bandrekonstruktion plädiert habe. Weiter lässt sich dem Operationsbericht vom 14. Januar 2022 entnehmen:

Es zeigt sich hierbei ein Bandabriss des LFTA und gleichzeitig ein hochmobiles distales Fragment ohne jegliche Kommunikation zum lateralen Malleolus. Wir entscheiden uns daher zur Entfernung des Fragmentes, welches vorsichtig aus dem Kapselgewebe ausgeschält wird. Anschliessend Setzen eines Mitek-Ankers im Bereich des lateralen Malleolus und suffiziente Rekonstruktion des LFTA und auch des LFC an das laterale OSG. Radiologische Stellungsdokumentation. Anschliessend zeigt sich eine sehr gute Stabilität von Seiten des OSG.

**3.9** Am 25. Februar 2022 ersuchte B.\_\_\_\_\_ ihren beratenden Arzt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ um eine Aktenbeurteilung (Vi-act. 59), welche dieser am 27. Februar 2022 erstattete (Vi-act. 60). Unter Verweis auf das Unfallereignis sowie den CT- und den MR-Befund hielt er fest, das Ödem zwischen Fibulaspitze und dem Os subfibulare spreche für das Vorliegen eines traumatisierten Os subfibulare, wobei denkbar sei, dass durch die Distorsion eine Lockerung zwischen dem Aussenknöchel und dem beschriebenen Os subfibulare erfolgt sei. Die Behandlung sei mit Brace und anschliessender Physiotherapie korrekt erfolgt. Aufgrund anhaltender Beschwerden sei am 13. Januar 2022 die dokumentierte Operation erfolgt. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ stellte die Diagnose:

Distorsionstrauma linkes OSG am 05.09.2021 mit/bei

- traumatisiertem Os subfibulare
- kleiner Partialläsion vorderer Syndesmose
- Status nach konservativer Behandlung mittels Brace und Physiotherapie
- Status nach operativer OSG-Stabilisation, LFTA- und LFC-Rekonstruktion sowie Fragmententfernung am 13.01.2022

Gemäss Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sind die von der Beschwerdeführerin subjektiv beklagten Beschwerden hinreichend objektiviert; der Behandlungsverlauf sei zeitgerecht, die Prognose gut.

Zum ursächlichen Zusammenhang führte er aus:

Das Unfallereignis vom 05.09.2021 war aufgrund des Distorsionsereignisses für eine gewisse Zeit (3 Monate) eine Ursache/Teilursache der gesundheitlichen Störung. Die von der J.\_\_\_\_\_ und dem Operateur Dr. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Fraktur und die Bandrupturen werden weder in der CT, noch in der MRT bestätigt. Eine Fraktur konnte mittels CT ausgeschlossen werden, es handelt sich also nicht wie behauptet um eine Weber A-Fraktur, sondern um eine traumatisierte Os subfibulare. Diese Veränderung ist angeboren und war vorbestehend. Auch die geringe Partialruptur (MRT) im Bereich der vorderen Syndesmose rechtfertigt keinen operativen Eingriff.

Auf die Frage, ob die durch das Unfallereignis verursachte Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung abgeheilt sei, antwortete Dr.med. G.\_\_\_\_\_, ein Os subfibulare stelle keine Gesundheitsschädigung dar; somit könne ein Status quo ante nicht definiert werden; eine vorbestehende Gesundheitsschädigung bestehe nicht. Und auf die Frage, ob noch mit einer namhaften Besserung der unfallbedingten Schädigung gerechnet werden könne, antwortete er: "Nein, das Distorsionsereignis war spätestens nach 3 Monaten abgeheilt. Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden sind der allgemeinen Bandlaxizität, wie von der orthopädischen Chirurgie O.\_\_\_\_\_ diagnostiziert, geschuldet. Durch eine konsequente Ruhigstellung des linken OSG für 6-8 Wochen wären die Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit danach verschwunden beziehungsweise hätten sich auf ein Mass analog vor dem Trauma reduziert."

**3.10** Am 3. März 2022 meldete die Beschwerdeführerin, Dr.med. F.\_\_\_\_\_ habe selber Röntgenaufnahmen des OSG links gemacht und darauf sei klar eine Fraktur erkennbar (Vi-act. 65). Am 11. März 2022 reicht Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die Röntgenaufnahmen vom 30. November 2021 ein (Vi-act. 67), worauf sich B.\_\_\_\_\_ mit Dr.med. G.\_\_\_\_\_ bespricht (Vi-act. 68). Er hält dabei fest, die Syndesmose sowie die Os subfibulare seien unfallbedingt auf das Unfallereignis zurückzuführen; eine Fraktur lasse sich anhand MRI und CT nicht erkennen und auch die Radiologen würden keine frische Fraktur nach Ereignis erwähnen. Die von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ durchgeführte Operation sei nicht unfallbedingt; in der Operation seien die unfallbedingte Syndesmose und Os subfibulare nicht operiert worden, im Operationsbericht gebe es keine Anhaltspunkte dafür. Mit Schreiben vom 18. März 2022 stellte B.\_\_\_\_\_ die Leistungen per 5. Dezember 2021 ein (vgl. Ingress Bst. B).

**3.11** Mit Schreiben vom 23. März 2022 teilt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ B.\_\_\_\_\_ mit, er habe mit Erstaunen vernommen, dass die Versicherung die schwere Verletzung als angeborene Veränderung ansehe. Sie habe sich im Rahmen des Unfalls nachweislich eine dislozierte Weber-A-Fraktur mit Pseudarthrosenbildung zugezogen, welche am 13. Januar 2022 operativ behandelt worden sei. Die Be-

urteilung der Versicherung halte einer objektiven medizinischen Untersuchung nicht stand (Vi-act. 79).

Am 26. April 2022 erhebt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ 'Einsprache' gegen die Leistungseinstellung (Vi-act. 87). Dr.med. P. \_\_\_\_\_ [sic] G. \_\_\_\_\_ sei als Facharzt für Phlebologie und Sonographie in keinster Weise als unfallchirurgischer Spezialist zu werten. Gemäss seiner eigenen Beurteilung habe sich die Beschwerdeführerin am 5. September 2021 ein komplexes OSG Distorsionstrauma links mit Abriss des distalen lateralen Malleolus, entsprechend einer Weber-A-Fraktur zuzogen, die trotz entsprechender Ruhigstellung nicht ausgeheilt sei. Die daraufhin operierte Pseudarthrose habe erfolgreich behandelt werden können; die Beschwerdeführerin sei ab 2. Mai 2022 wieder voll arbeitsfähig.

**3.12** Am 10. August 2022 reicht die Beschwerdeführerin einen Bericht der R. \_\_\_\_\_ Klinik zu einer Sprechstunde vom 4. August 2022 ein (Vi-act. 91). Dr.med. (I) Q. \_\_\_\_\_ (Oberärztin Fusschirurgie) nennt als Diagnose:

OSG links;

- St. n. OSG-Distorsion vom 05.09.2021 mit/bei:
  - Kleiner Partiaalläsion der vorderen Syndesmose
  - Diskretem Knochenmarködem am medialen Cuboid
- Fragliche Fraktur des Os subfibulare mit/bei:
  - St. n. Entfernung des Os subfibulare und Refixation des LFTA und LFC an der distalen Fibula mittels Mitek-Anker am 13.01 2022 auswärts

Die Beschwerdeführerin habe am 5. September 2021 ein Supinationstrauma am linken OSG erlitten. Eine Computertomografie vom Folgetag habe eine fragliche Fraktur des Os subfibulare gezeigt. Initial sei konservativ mit Ruhigstellung und Physiotherapie vorgegangen worden. Seit dem Unfall klage sie über eine OSG-Instabilität in Supination linksseitig zusammen mit stechenden Schmerzen perimalleolar lateralseitig. Aufgrund der Beschwerdepersistenz sei auswärts eine Entfernung des Os subfibulare und des abgebrochenen Fragmentes sowie eine Refixation des Lig. fibulotalare anterius und fibulotalare posterius an der distalen Fibula erfolgt. Seit dem Eingriff bestehe eine zunehmende Beschwerdeverbesserung, obwohl sie teils noch minimale lokale Beschwerden verspüre, welche sich mit der Zeit verbessern würden. Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung:

Die CT-Bilder vom 06.09.2021 zeigen ein Fragment des Os subfibulare mit scharfer Kante, welches für eine frische Fraktur sprechen könnte. Zudem verspürte Frau A. \_\_\_\_\_ vor dem Unfall überhaupt keine Probleme im OSG-Bereich. Somit ist unserer Meinung nach der Unfall für die Beschwerden verantwortlich. Bezüglich der Restbeschwerden empfehlen wir die Fortführung der Physiotherapie bis zur Beschwerdefreiheit.

**3.13** Am 18. August 2022 unterbreitete B.\_\_\_\_\_ Dr.med. G.\_\_\_\_\_ die Berichte von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ und Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ sowie die CT-Bilder und bat um erneute Aktenbeurteilung (Vi-act. 97, 99, 100). Seine erneute Aktenbeurteilung reichte er am 30. August 2022 ein (Vi-act. 102). Er betont, gemäss Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ zeigten die CT-Bilder ein Fragment des Os subfibulare mit scharfer Kante, was für eine frische Fraktur sprechen **könnte** (Hervorhebung durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_), was dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genüge. Im CT-Befundbericht sei ausdrücklich vermerkt, es ergebe sich kein Anhalt für eine frische knöcherne Verletzung, womit auch die Darstellung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ falsch sei. Nach eigener Beurteilung der CT-Bilder erscheine eine frische knöcherne Verletzung als höchst unwahrscheinlich. Weiter zitiert Dr.med. G.\_\_\_\_\_ den MR-Befundbericht (siehe oben E. 3.5) und hält fest, es sei also lediglich denkbar, dass eine Lockerung zwischen dem Aussenknöchel und dem beschriebenen Os subfibulare durch die Distorsion erfolgt sei. Somit werde wieder lediglich eine Möglichkeit beschrieben. Eine Weber-A-Fraktur, wie von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ diagnostiziert, werde hier ebenfalls nicht gesehen. Die Aussage von Dr.med. Q.\_\_\_\_\_, vor dem Trauma hätten keine Beschwerden im Bereich des linken OSG bestanden, sei für die Beurteilung der Unfallkausalität völlig unerheblich. Abschliessend gelangte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung:

Zusammenfassend hat ein Distorsionsereignis am linken OSG stattgefunden, dieses war spätestens nach 3 Monaten abgeheilt. Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden sind der allgemeinen Bandlaxizität, wie von der orthopädischen Chirurgie O.\_\_\_\_\_ diagnostiziert, geschuldet. Durch eine konsequente Ruhigstellung des linken OSG für 6-8 Wochen wären die Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit danach verschwunden gewesen, beziehungsweise hätten sich auf ein Mass analog vor dem Trauma reduziert.

Meine Beurteilung vom 27.02.2022 hat somit weiterhin vollumfänglich Gültigkeit.

Hierauf verfügte B.\_\_\_\_\_ am 15. September 2022 unter Verweis auf die Beurteilungen von Dr.med. G.\_\_\_\_\_, am Entscheid vom 18. März 2022 festzuhalten, die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten und Taggeld) per 5. Dezember 2021 einzustellen und auf eine Rückforderung bereits erbrachter Versicherungsleistungen zu verzichten (Vi-act. 107).

**3.14** Am 15. September 2022 orientiert Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die B.\_\_\_\_\_, er habe der Beschwerdeführerin aufgrund des doch sehr parteiischen Gutachters, der über eine fragliche Kompetenz verfüge, empfohlen, Einsprache zu machen. Die R.\_\_\_\_\_ Klinik gehe ebenfalls von einer unfallbedingten Behandlung und Operation aus. Die ablehnende Haltung der Versicherung sei aus unfallchirurgischer Sicht nicht nachvollziehbar (Vi-act. 109).

Am 10. Oktober 2022 reichte die Beschwerdeführerin Einsprache ein. Sie sei mit der Beurteilung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ nicht einverstanden, da sie zuvor nie Beschwerden und auch keinen Sturz mit dem linken sowie rechten Fuss erlitten habe. Sie habe mehrere Ärzte aufsuchen müssen, da die Beurteilungen 'nicht einstimmig' gewesen seien und teils genaue Untersuchungen nicht durchgeführt worden seien. Die Spezialisten hätten genaue Untersuchungen durchgeführt und seien anhand der Unterlagen der Meinung, der Knochenabriss / die Absplitterung sowie die Bandläsion stamme vom Unfallereignis. Ohne Operation wäre es zu Folgeschäden gekommen; trotz Ruhigstellung und Physiotherapie sei bis am 13. Januar 2022 keine Besserung spürbar gewesen. Auch habe sie vor der Operation mit B.\_\_\_\_\_ betreffend Kostengutsprache gesprochen und es sei ihr erklärt worden, es sehe gut aus. Das Gesuch des Spitals E.\_\_\_\_\_ sei nicht sofort, sondern erst 3 Monate nach der Operation beantwortet worden. Sie müsse nun die Privatkosten selber tragen, da sie privat unfallversichert sei. Und dies, obwohl B.\_\_\_\_\_ alle Unterlagen vor Spitaleintritt zugestellt worden seien. Seit der Operation und Physiotherapie könne sie nun beschwerdefrei laufen. Sie ersuche um Einholung eines neutralen Gutachtens bei neutralen Spezialisten (Viact. 110).

**3.15** Am 3. Mai 2022 wies B.\_\_\_\_\_ die Einsprache ab. Soweit die Beschwerdeführerin mit Beschwerdefreiheit vor dem Unfall argumentiere, sie dies nicht zu hören (unzulässiger post hoc ergo propter hoc-Schluss). Auch die R.\_\_\_\_\_ Klinik argumentiere im Wesentlichen, vor dem Ereignis hätten keine Beschwerden bestanden, was als Begründung nicht genügen könne. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ gehe sodann auf die Begründung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ ein und widerlege diese schlüssig und nachvollziehbar. Diesbezüglich sei auch auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach die behandelnden Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden. Entgegen der Annahme von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ handle es sich beim Gutachter um Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (und nicht Dr.med. P.\_\_\_\_\_ G.\_\_\_\_\_ ) und dieser verfüge als Facharzt FMH für Chirurgie über die entsprechende Fachausbildung, um den vorliegenden Fall zu beurteilen. Auf seine Beurteilung könne daher abgestellt werden. Die Verfügung vom 15. September 2022 erweise sich damit als korrekt.

**4.1** Vor Verwaltungsgericht erklärt die Beschwerdeführerin, sie habe nach dem Unfallereignis (vgl. hierzu oben E. 3.1) den Arzt aufgesucht, weil der linke Fuss durch das Umknicken geschwollen und schmerzhaft gewesen sei. Sie sei dann in die J.\_\_\_\_\_ geschickt worden, wo schnell die Diagnose eines Bruchs gestellt worden sei. Zur Sicherheit habe sie eine Zweitmeinung gewollt und so sei es

dann immer weitergegangen, weil die Meinungen auseinander gegangen seien. Über die ganze Zeit habe der Schmerz mit Physiotherapie nur wenig nachgelassen. Nachdem keine konservative Therapie genützt habe, habe sie sich mit Dr.med. F.\_\_\_\_\_ entschieden, das abgebrochene Stück zu entfernen. Letztlich habe jeder Arzt gesagt, wenn die konservative Therapie nicht wirke, sei eine Operation irgendwann nötig, um keine Spätfolgen zu verursachen. Die Operation vom 13. Januar 2022 sei erfolgreich gewesen, sie sei seither schmerzfrei wie vor dem Unfall.

Ihr Hauptproblem sei, dass die B.\_\_\_\_\_ ihr vor der Operation, auch telefonisch, zugesichert habe, dass alles über die Unfallversicherung laufe. Daher sei sie im Spital auf der Privatabteilung gelegen, weil sich die Versicherung auch beim Spital nicht mehr gemeldet habe. Im März 2021 [recte 2022] sei dann die Absage gekommen und sie könne nun alle Kosten selbst übernehmen, da sie im KVG nur allgemein versichert sei. Es sei unfair, dass die B.\_\_\_\_\_ die Leistungen rückwirkend einstelle, ihre Operation nicht bezahle, aber noch das Taggeld an ihre Arbeitgeberin bis im März 2022. Entweder habe die B.\_\_\_\_\_ alles zu bezahlen oder nichts.

Sie habe sich zudem in der R.\_\_\_\_\_ Klinik von einem Spezialisten eine Meinung eingeholt. Man könne anhand der spitzen Seiten einen Abbruch sehen, was bei einem gesunden Knochen nicht der Fall sei; das abgebrochene Stück könne jeder Laie sehen. Unabhängig ob angeboren oder nicht, sei durch den Sturz ein Bruch entstanden und dies sei ein Unfall. Auch wenn es ein Os subfibulare wäre, wäre es durch den Sturz gebrochen, was auf den Bildern ersichtlich sei.

**4.2** Die Vorinstanz verweist vernehmlassend auf die Aktenbeurteilungen von Dr.med. G.\_\_\_\_\_. Gemäss diesem sei das Distorsionsereignis vom 5. September 2021 für eine gewisse Zeit (3 Monate) Ursache / Teilursache der gesundheitlichen Störung gewesen. Die von der J.\_\_\_\_\_ und von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Fraktur und die Bandrupturen würden weder im CT noch im MRT bestätigt. Eine Fraktur habe mittels CT ausgeschlossen werden können, es handle sich also nicht wie behauptet um eine Weber-A-Fraktur, sondern um ein traumatisiertes Os subfibulare. Diese Veränderung sei angeboren und vorbestehend. Auch die geringe Partialruptur im Bereich der vorderen Syndesmose rechtfertige keinen operativen Eingriff. Die über die drei Monate andauernden Beschwerden seien der allgemeinen Bandlaxität, wie von der orthopädischen Chirurgie O.\_\_\_\_\_ diagnostiziert, geschuldet. Die Stellungnahmen von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ seien schlüssig und nachvollziehbar begründet. Es könne darauf abgestellt werden.

Soweit die Beschwerdeführerin behauptete, es sei ihr die Kostenübernahme der Operation zugesichert worden, so könne dies aus der Aktenlage nicht nachvollzogen werden. Am 4. Januar 2022 sei ihr telefonisch mitgeteilt worden, dass zunächst die Leistungspflicht für die Operation geprüft werden müsse; eine Zusage ergebe sich daraus nicht.

Die Beschwerde erweise sich damit als unbegründet und sei abzuweisen.

**4.3.1** In der Stellungnahme zur Vernehmlassung betont die Beschwerdeführerin noch einmal, es sei ihr telefonisch zugesichert worden, sie sei privat versichert, die Operationskosten würden übernommen, sie könne die Operation antreten. Solche Telefongespräche sollten aufgenommen werden. Am 29. Dezember 2021 habe das Spital um Kostengutsprache ersucht. Falls B.\_\_\_\_\_ die Kostenübernahme ablehnen wolle, müsse dies sofort schriftlich geschehen. B.\_\_\_\_\_ habe am 4. Januar 2022 mitgeteilt, noch keine Kostengarantie abgeben zu können. Sie habe diesen Entscheid nicht erhalten, was sie B.\_\_\_\_\_ mitgeteilt habe. Erst am 18. März 2022 sei dann mitgeteilt worden, die Leistungen würden per 5. Dezember 2021 eingestellt. Dies sei viel zu spät, da B.\_\_\_\_\_ alle Unterlagen gehabt habe. Zudem habe sie bis am 18. März 2022 Unfalltaggeld bezahlt; demzufolge müsse sie auch die Heilkosten bis dahin tragen.

Gemäss Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sei die erlittene Verletzung nach 3 Monaten ausgeheilt. Aber auf ihre Frage, wie das Vorgehen sei, wenn eine Partialruptur nicht heile, habe sie keine Antwort erhalten. Gemäss ihren Ärzten müssten in 20% der Fälle eine Partialruptur operiert werden, wenn nach 3 Monaten keine Heilung ersichtlich sei und sich die Instabilität nicht bessere.

Im CT und MRT sei ein abgesplitterter Knochen im Fuss ersichtlich. Dies sei ihr von allen Ärzten und der R.\_\_\_\_\_ Klinik gezeigt worden. Es sei für sie unvorstellbar, während 27 Jahren keinerlei Probleme mit dem Fuss gehabt zu haben, aber nach dem Sturz am 5. September 2021 bis zum 13. Januar 2022 konstante Schmerzen beim Gehen zu verspüren, der abgebrochene Knochen also erst nach 27 Jahren Probleme verursacht habe. Zudem habe Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sie nie untersucht, ihr Gangbild nie gesehen. Wie im MRT-Bericht geschrieben sei es denkbar, dass eine Lockerung durch das Distorsionsereignis erfolgt sei. Dies sei so und könne nicht allein durch Ruhigstellung abheilen, da eine kleine Partialläsion im Bereich der vorderen Syndesmose vorhanden gewesen sei.

Schliesslich äussert die Beschwerdeführerin, wenn es sich um ein Os subfibulare handeln würde, wäre ein solches zu 90% auch im rechten Fuss vorhanden. Die B.\_\_\_\_\_ habe aber in eine Bildgebung des rechten Fusses nicht eingewilligt. Auf einem Röntgenbild des rechten Fusses sei es nicht ersichtlich.

**4.3.2** Der Stellungnahme hat die Beschwerdeführerin noch ein Schreiben von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 10. August 2022 an die Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin beigelegt (Bf-act. 9; die Rechtsschutzversicherung verlangte am 21. März 2022 Akteneinsicht bei der B.\_\_\_\_\_; ein Rechtsmittel legte sie nicht ein; Vi-act. 73). In diesem Schreiben nimmt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ Bezug auf ein Gutachten von Frau Dr.med. S.\_\_\_\_\_ (Fachärztin Chirurgie und Versicherungsmedizin) und er erklärt, deren Schlussfolgerung sei nicht nachvollziehbar (die Beurteilung von Dr.med. S.\_\_\_\_\_ liegt nicht in den Akten). Weiter führt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe sich ein OSG-Distorsionstrauma links mit zumindest im MRI angegebenen Bone bruise und Weber-A-Fraktur zugezogen. Möglicherweise sei es auch zu einer Traumatisierung eines Os subfibulare gekommen, das zu anhaltenden und massiven Beschwerden seitens des Sprunggelenkes geführt habe. Durch die Operation sei sie nun wieder völlig beschwerdefrei und arbeitsfähig. Die Nichtdurchführung der Operation hätte gemäss Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zu anhaltenden Beschwerden seitens OSG geführt. Bereits präoperativ seien Monate zugewartet worden, bis der Entscheid zur operativen Entfernung des Fragmentes bzw. Os subfibulare gefällt worden sei.

Es müsse auch seitens Unfallversicherung erwartet werden, dass nach einem OSG-Distorsionstrauma mit anhaltenden Beschwerden und einer nachgewiesenen Weber-A-Fraktur bzw. traumatisiertem Os subfibulare eine vollständige Heilung ermöglicht werden könne. Aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin könne nicht von einem degenerativen Vorzustand ausgegangen werden.

Dr.med. F.\_\_\_\_\_ empfahl der Rechtsschutzversicherung, die B.\_\_\_\_\_ zur Zahlung zu verpflichten, ob traumatisiertes Os subfibulare oder nicht dislozierte Weber-A-Fraktur ohne Heilungstendenz sei nicht relevant. Die Beschwerdeführerin habe nach einem Sprunggelenksdistorsionstrauma mit möglicher Weber-A-Fraktur

oder traumatisiertem Os subfibulare eine vollständige Erholung zu erwarten, welche durch die operative Massnahme ermöglicht worden sei.

**5.** Die Beschwerdeführerin macht zweierlei geltend: Zum einen erhebt sie Anspruch auf Versicherungsleistungen aus Vertrauensschutz, weil ihr die Versicherung die Kostenübernahme der Operation zugesichert habe. Zum andern hat die B.\_\_\_\_\_ ihres Erachtens zu Unrecht auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr.med. G.\_\_\_\_\_ abgestellt.

**5.1.1** Gemäss Beschwerdeführerin sei ihr durch B.\_\_\_\_\_ telefonisch zugesichert worden, dass die Kosten für die Operation vom 13. Januar 2022 übernom-

men würden. Das Schreiben der B. \_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2022 an das Spital E. \_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 3.8.3) habe sie selbst nicht erhalten. Zudem ist sie der Ansicht, B. \_\_\_\_\_ hätte die Ablehnung der Kostenübernahme gegenüber dem Spital sofort und schriftlich mitteilen müssen. Es gehe nicht an, dass B. \_\_\_\_\_ erst am 18. März 2022 mitteile, die Leistungen würden per 5. Dezember 2021 eingestellt und dies dann noch mit der Wirkung, dass die Operationskosten zu ihren Lasten nicht mehr übernommen würden, die Taggelder hingegen bis am 18. März 2022 an die Arbeitgeberin entrichtet und nicht zurückgefordert würden. Dies gehe nicht an.

**5.1.2** Der in Art. 5 Abs. 3 und Art. 9 BV verankerte Grundsatz von Treu und Glauben statuiert ein Verbot widersprüchlichen Verhaltens und verleiht einer Person unter gewissen Umständen Anspruch auf Schutz ihres Vertrauens auf die Richtigkeit behördlichen Handelns. Dieser Anspruch hindert die Behörden, von ihrem früheren Handeln abzuweichen, auch wenn sie dieses zu einem späteren Zeitpunkt als unrichtig erkennen. Potenzielle Vertrauensgrundlage sind dabei alleine jene behördlichen Handlungen, die sich auf eine konkrete, die rechtsuchende Person berührende Angelegenheit beziehen und von einer Behörde ausgehen, die für die betreffende Handlung zuständig ist oder die die rechtsuchende Person aus zureichenden Gründen für zuständig hält. Das Vertrauen ist allerdings nur schutzwürdig, wenn diese die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne Weiteres erkennen konnte und sie im Vertrauen auf die Auskunft Dispositionen getroffen hat, die sie nicht ohne Nachteil rückgängig machen kann. Der Anspruch auf Vertrauensschutz entfällt, wenn die gesetzliche Ordnung zwischen dem Zeitpunkt der Auskunft und der Verwirklichung des Sachverhalts geändert hat (Urteil BGer 1C\_187/2022 vom 28.2.2023 E. 6.4 mit Hinweis auf BGE 148 II 233 E. 5.5.1; Urteil BGer 9C\_29/2022 vom 6.12.2022 E. 4.2).

In Bezug auf mündliche und namentlich telefonische Zusicherungen und Auskünfte hat die Rechtsprechung erkannt, dass die blossе, unbelegte Behauptung einer telefonischen Auskunft oder Zusage nicht genügt, um einen Anspruch aus dem Grundsatz des Vertrauensschutzes zu begründen. Praxisgemäss ist eine nicht schriftlich belegte telefonische Auskunft zum Beweis von vornherein kaum geeignet (BGE 143 V 341 E. 5.3.1 m.w.H.). Das Bundesgericht hat auch erkannt, dass kein überspitzter Formalismus darin liegt, wenn verlangt wird, leistungsrelevante Anfragen bei der Verwaltung nicht telefonisch, sondern schriftlich zu stellen und sich telefonische Auskünfte schriftlich bestätigen zu lassen (Urteil BGer 8C\_545/2021 vom 4.5.2022 E. 6.2).

**5.1.3** Die vorinstanzlichen Akten enthalten diverse Telefongesprächsnotizen zwischen der Beschwerdeführerin und der Vorinstanz. Auch verkehrten die Par-

teilen mehrmals per E-Mail, wobei die Beschwerdeführerin anlässlich von Telefonaten mitunter auch ausdrücklich angehalten wurde, ihre Fragen schriftlich (per E-Mail) zu unterbreiten. Eine Telefongesprächsnotiz betreffend Kostenübernahme der geplanten Operation, wie es von der Beschwerdeführerin behauptet wird, findet sich jedoch nicht in den Akten. Es findet sich in den Akten z.B. auch keine E-Mail-Bestätigung, in welcher entweder B.\_\_\_\_\_ oder die Beschwerdeführerin ein entsprechendes Telefongespräch bestätigt hätte. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte, telefonische Auskunft der B.\_\_\_\_\_, welche durch nichts belegt ist, ist praxisgemäss nicht zum Beweis geeignet.

**5.1.4** Aus den Akten ergibt sich demgegenüber, dass das Spital E.\_\_\_\_\_ am 29. Dezember 2021 um Kostengutsprache für einen geplanten Eingriff mit Versicherungsdeckung 'allgemein' ersucht hat (Vi-act. 21) und dass B.\_\_\_\_\_ bereits am 4. Januar 2022 gegenüber dem Spital schriftlich mitgeteilt hat, die gewünschte Kostengarantie zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht erteilen zu können (Vi-act. 31). B.\_\_\_\_\_ hat somit umgehend und klar auf das Kostengutsprache gesuch des Spitals reagiert. Weiter ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin B.\_\_\_\_\_ am 4. Januar 2022 telefonisch informierte, sie würde am 13. Januar 2022 im Spital E.\_\_\_\_\_ durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ operiert. In derselben Aktennotiz ist festgehalten, B.\_\_\_\_\_ werde vorerst den Bericht anfordern, um ihre Leistungspflicht zu prüfen (Vi-act. 30). Mithin wurde gegenüber der Beschwerdeführerin die deckungsgleiche Auskunft gegeben wie in der schriftlichen Beantwortung des Kostengutsprache gesuchs gegenüber dem Spital, nämlich, dass zur Zeit noch keine Kostenübernahme bestätigt werden könne. Damit aber ist erstellt, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin ausdrücklich keine Kostenübernahme in Aussicht gestellt hat.

**5.1.5** Schliesslich lässt sich den Akten entnehmen, dass B.\_\_\_\_\_ noch am 4. Januar 2022 beim Hausarzt sämtliche vorhandenen Berichte eingefordert hatte und am 11. Januar 2022 erhielt (Vi-act. 34). Am 7. Januar 2022 hat sie von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ den Konsultationsbericht vom 30. November 2021 eingefordert (Vi-act. 33). Am 25. Januar 2022 informierte B.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin, dass noch nicht alle Berichte vorliegend seien (Vi-act. 41). Erst am 27. Januar 2022 reichte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ den geforderten Konsultationsbericht vom 30. November 2021 ein (Vi-act. 45); am 18. Februar 2022 erhielt B.\_\_\_\_\_ den Bericht zur Operation vom 13. Januar 2022 (Vi-act. 57). Am 25. Februar 2022 erhielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ den Auftrag für die Aktenbeurteilung (Vi-act. 59), welche dieser am 27. Februar 2022 einreichte (Vi-act. 60). Am 3. März 2022 informierte B.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin über die Beurteilung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und dass die Leistungen eingestellt werden müssten.

Gleichzeitig stellte sich heraus, dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nicht alle Unterlagen eingereicht hatte, weshalb B.\_\_\_\_\_ diese nachfordern musste (Vi-act. 65). Insgesamt kann B.\_\_\_\_\_ bei diesem Verlauf nicht vorgeworfen werden, ihre Leistungspflicht trölerisch geprüft und den Entscheid so bis über den Operationstermin verzögert zu haben.

**5.1.6** Damit ist der Vorwurf der Beschwerdeführerin, B.\_\_\_\_\_ habe ihr die Kostenübernahme noch vor der Operation zugesichert bzw. habe sie die Ablehnung unrechtmässig hinausgezögert unbegründet. Unbegründet ist ebenso ihre Forderung, weil Unfalltaggelder bis am 18. März 2022 geleistet worden seien, müssten auch Heilkosten bis dann geleistet werden. Der Versicherungsträger kann Heilkosten und Taggelder ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind (vgl. oben E. 2.4). Dies ist auch auf einen Zeitpunkt in der Vergangenheit hin möglich, wenn auf die Rückforderung bereits erbrachter Leistungen verzichtet wird (Urteil BGer 8C\_52/2023 vom 6.7.2023 E. 2.2.1). Vorliegend hat B.\_\_\_\_\_ nicht die Leistungspflicht für Taggelder bis 18. März 2022 anerkannt. Aber sie verzichtet auf eine Rückforderung der über den 5. Dezember 2021 hinaus geleisteten Taggelder. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

**5.2** Die Vorinstanz begründet die Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit der medizinischen Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. G.\_\_\_\_\_, wonach das Distorsionsereignis am linken OSG spätestens nach drei Monaten abgeheilt war und die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden der allgemeinen Bandlaxizität geschuldet waren (Vi-act. 102). Es ist damit im vorliegenden Fall die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von die Versicherung beratenden Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1; Urteil BGer 8C\_672/2020 vom 15.4.2021 E. 2.3; VGE I 2019 27 E. 6.1; vorstehend E. 2.6.2).

**5.3** Was die strittige Frage des durch das Ereignis vom 5. September 2021 verursachten Gesundheitsschadens anbelangt, so fällt vorliegend in der Tat auf, dass viele widersprüchliche Arztberichte vorliegen. Dies betrifft nicht allein die unterschiedliche Beurteilung der Unfallkausalität, sondern auch die Diagnose und Befunde.

**5.3.1** Unbestritten scheint allein, dass die Beschwerdeführerin sich am 5. September 2021 ein Distorsionstrauma des linken Sprunggelenks zuzog, wobei sich die Aussagen zur Intensität - ob leicht oder schwer/komplex - uneinheitlich sind.

Dr.med. H.\_\_\_\_\_, den die Beschwerdeführerin noch am Unfalltag aufsuchte, vermerkte aufgrund des von ihm erhobenen Befundes (keine Belastung möglich; Schmerzen bei Bewegung und lokalem Druck) eine Distorsion höheren Grades (vgl. oben E. 3.2). Fest steht ebenso, dass die Beschwerden trotz Entlastung mittels Gehstöcken, Ankle-Brace und Physiotherapie anhielten.

**5.3.2** Das durch Dr.med. H.\_\_\_\_\_ veranlasste CT Sprunggelenk nativ links erfolgte am 6. September 2021. Es zeigte zwei maximal 1.2cm messende Ossikel kaudal des Malleolus lateralis, gemäss Radiologe DD alt posttraumatisch, keinen Nachweis einer frischen Fraktur (vgl. oben E. 3.3). Demgegenüber erkennt Dr.med. K.\_\_\_\_\_ ein grosses Abrissfragment an der distalen Fibula (vgl. oben E. 3.7.1) und auch für Dr.med. F.\_\_\_\_\_ verursachte das komplexe OSG Distorsionstrauma links einen Abriss des distalen lateralen Malleolus, entsprechend einer Weber-A-Fraktur (vgl. oben E. 11, E. 3.8.2). Und Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ gelangte bei Einsicht in die CT-Bilder zur Beurteilung, diese zeigten ein Fragment des Os subfibulare mit scharfer Kante, was für eine frische Fraktur sprechen könnte (vgl. oben E. 3.12). Dem widerspricht Dr.med. G.\_\_\_\_\_; nach eigener Beurteilung der Bilder erscheine eine frische knöcherne Verletzung als höchst unwahrscheinlich (vgl. oben E. 3.13). Dr.med. M.\_\_\_\_\_ wiederum gelangte zur Beurteilung, es zeige sich ein grosses, zweigeteiltes Os subfibulare mit im MRT sichtbarem Umgebungsödem, was für eine Traumatisierung der bindegewebigen Verbindung zur Fibula spreche (vgl. oben E. 3.7.4).

Damit aber besteht schon überhaupt keine Klarheit aufgrund der CT-Bildgebung. Wenn diese gemäss Dr.med. G.\_\_\_\_\_ höchst unwahrscheinlich eine frische knöcherne Verletzung zeigt, so liegen hierzu zum einen mehrere dem widersprechende Beurteilungen vor und zum andern begründet Dr.med. G.\_\_\_\_\_ überhaupt nicht, was für seine Beurteilung bzw. für eine höchst unwahrscheinliche frische Fraktur spricht. Allein schon deshalb bestehen mehr als nur geringe Zweifel an der Beurteilung des beratenden Arztes.

**5.3.3** Bei anhaltenden Beschwerden wurde am 23. September 2021 ein MR OSG links mit i.v. Kontrastmittel durchgeführt. Gemäss Prof. Dr.med. I.\_\_\_\_\_ lag kein Hinweis für eine ligamentäre Verletzung bezogen auf den lateralen Bandapparat vor ("Regelrechte Abgrenzbarkeit des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum fibulotalare posterius. Auch das Ligamentum fibulo kalkaneare lässt sich regelrecht abgrenzen"; vgl. oben E. 3.5). Es zeigte sich eine kleine Partilläsion im Bereich der vorderen Syndesmose, aber keine vollständige Ruptur. Zudem ein Ödem unmittelbar ventral der vorderen Syndesmose sowie ein diskretes Knochenmarködem im Bereich des medialen Kuboids. Der Befund sprach gemäss Radiologen für ein traumatisiertes Os subfibulare (vgl. oben E.

3.5). Subjektiv dokumentierte der Hausarzt das anhaltende Gefühl einer Instabilität im OSG (vgl. oben E. 6 und E. 3.7.3); klinisch zeigte sich gemäss Dr.med. K.\_\_\_\_\_ Ende September 2021 eine deutliche laterale Aufklappbarkeit und vordere Schublade, sogar eine beginnende Rotationsinstabilität medial, was seines Erachtens dem CT- und MR-Befund mit relativ grossem Abrissfragment an der distalen Fibula entspreche (vgl. oben E. 3.7.1). Gemäss Dr.med. M.\_\_\_\_\_ spricht die Bildgebung für eine Traumatisierung der bindegewebigen Verbindung zur Fibula; für den Fall einer Nicht-Besserung stellte er die operative Resektion des grossen Os subfibulare in Aussicht (vgl. oben E. 3.7.4). Dr.med. G.\_\_\_\_\_ hielt es in seiner ersten Aktenbeurteilung für möglich, dass es durch die Distorsion zu einer Lockerung zwischen dem Aussenknöchel und dem beschriebenen Os subfibulare gekommen sei, eine Bandruptur schloss er aus (vgl. oben E. 3.9). Gemäss Operationsbericht zeigte sich intraoperativ ein Bandabriss des LFTA und gleichzeitig ein hochmobiles distales Fragment ohne jegliche Kommunikation zum lateralen Malleolus; das Fragment wurde entfernt, das LFTA und auch LFC an das laterale OSG refixiert (vgl. oben E. 3.8.4).

Zum einen liegen damit auch hinsichtlich der Bandsituation unterschiedliche Befunde vor und unterscheiden sich die Beurteilungen wesentlich. Zum andern aber äussert sich Dr.med. G.\_\_\_\_\_ überhaupt nicht zum intraoperativen Befund (soweit dieser im OP-Bericht dokumentiert ist; vgl. OP-Bericht, Vi-act. 57), welcher zudem der klinischen und radiologischen Beurteilung von Dr.med. K.\_\_\_\_\_ gegenüberzustellen ist.

**5.3.4** Des Weitern gelangte der Radiologe Prof. Dr.med. I.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung eines traumatisierten Os subfibulare und verwies diesbezüglich auf einen Bericht der R.\_\_\_\_\_ Klinik betreffend operativer Entfernung (vgl. oben E. 3.5). Dr.med. F.\_\_\_\_\_ hält dafür, selbst wenn ein traumatisiertes Os subfibulare anzunehmen wäre (und nicht eine Weber-A-Fraktur), wäre ein operativer Eingriff notwendig gewesen (vgl. oben E. 4.3.2). Und auch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ hielt fest, sollten die Beschwerden bei traumatisiertem Os subfibulare anhalten, sei dessen operative Entfernung indiziert (vgl. oben E. 3.7.4). Gemäss Dr.med. G.\_\_\_\_\_ verursachte die Distorsion ein traumatisiertes Os subfibulare. Er geht aber weder auf die Beurteilung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ noch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ ein, noch nimmt er Bezug auf die von Prof. Dr.med. I.\_\_\_\_\_ ausdrücklich erwähnte Publikation (publiziert unter <https://www.schulthess-klinik.ch/de/fusschirurgie/dauerhafte-schmerzen-nach-umknicken-des-fusses-traumatisiertes-os-subfibulare>). Damit aber setzt er sich mit einer wesentlichen Beurteilung betreffend Unfallkausalität nicht auseinander, weshalb seine Beurteilung lückenhaft ist. Dabei wäre es durchaus von Interesse, dass gemäss dem be-

richteten Fall zum einen an der Knöchelspitze ein deutlicher Druckschmerz ausgelöst werden konnte und zum andern über keine Instabilität berichtet wird. Bei der Beschwerdeführerin wird demgegenüber ein Druckschmerz über dem Os subfibulare ausdrücklich verneint (vgl. oben E. 3.7.5) und eine Instabilität betont. Eine Auseinandersetzung wäre daher angezeigt.

**5.3.5** Aus den Akten ergibt sich, dass sich auch Dr.med. S. \_\_\_\_\_ mit dem vorliegenden Fall befasst hat. Ihre Beurteilung hatte offenbar die Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin eingeholt, wie aus dem Schreiben von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ vom 10. August 2022 an die Rechtsschutzversicherung (vgl. oben E. 4.3.2) geschlossen werden muss. Aus der Formulierung von Dr.med. F. \_\_\_\_\_, sowie aus der Tatsache, dass die Rechtsschutzversicherung keine Einsprache erhob, kann angenommen werden, dass sich Dr.med. S. \_\_\_\_\_ womöglich gegen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisende Unfallkausalität der Beschwerden aussprach. Allerdings ist der Inhalt wie erwähnt unbekannt, da diese Beurteilung nicht in den Akten liegt. Da es das Ziel einer umfassenden Untersuchung sein muss, jenen Sachverhalt zu ermitteln, welcher zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2), ist es angezeigt, dass die Vorinstanz auch diese Beurteilung für die weiteren Abklärungen beizieht. Diesbezüglich ist die Beschwerdeführerin, welche über die Beurteilung von Dr.med. S. \_\_\_\_\_ verfügen dürfte, auf ihre Mitwirkungspflicht hinzuweisen (Art. 28 Abs. 2 und Art. 43 ATSG).

**5.4** Damit bestehen insgesamt widersprüchliche ärztliche Beurteilungen, was den eigentlichen Befund und die Unfallkausalität anbelangt. Dies betrifft auch schon die Beurteilung der bildgebenden Befunde, weshalb es die Vorinstanz nicht allein bei der Aktenbegutachtung durch einen Orthopäden hätte belassen dürfen, sondern auch ein Facharzt Radiologie hätte beiziehen müssen. Der Einspracheentscheid ist daher aufzuheben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Sie hat zum einen die Akten zu vervollständigen, wozu insbesondere auch die Beurteilung von Dr.med. S. \_\_\_\_\_ und - soweit vorhanden - die intraoperative Dokumentation beizuziehen sind. Die bestehende Bilddiagnostik wird durch einen Facharzt Radiologie zu beurteilen sein. Die Gesamtbeurteilung ist durch einen orthopädischen Facharzt abzugeben, der über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt. Dabei gilt es insbesondere zu klären, ob es sich beim Os subfibulare um eine vorbestehende, durch das Unfallereignis traumatisierte Ossifikationsvariante handelt, ob dieses Os subfibulare wirklich eine (Abriss-)Fraktur aufweist, oder ob ein knöchernes Fragment nach einer Ausrissfraktur

(Weber-A-Fraktur) mit konsekutiver anterolateraler Instabilität sichtbar ist. Und es gilt zu beurteilen, wann die so festgestellte Unfallfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielte bzw. ob mit der Operation vom 13. Januar 2022 eine Unfallfolge therapiert wurde.

**6.** Die Beschwerde erweist sich damit insoweit begründet, als der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht keiner (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> und g ATSG).

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 3. Mai 2023 aufgehoben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
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:
  - die Beschwerdeführerin (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. August 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

### **\*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: 29. August 2023